

Juhász Zsuzsanna:

**A börtön-egészségügy „gócpontjai” és ártalomcsökkentő kezdeményezések
külföldön**

Doktori értekezés

**SZTE Állam- és Jogtudományi Kar
Büntetőjogi és Büntető Eljárásjogi Tanszék**

**Témavezető: Prof. Dr. Nagy Ferenc
Tanszékvezető egyetemi tanár**

Tartalomjegyzék

Bevezetés	1
I. A fogvatartottak egészséghez, egészségügyi ellátáshoz való joga	4
I.I. A fogvatartottak egészségvédelmének garanciái hazánkban	9
II. A börtön-egészségügy legégetőbb problémái Európában	13
III. Kábítószer-használat a végrehajtási intézetekben	15
III. 1. A drogfogyasztáshoz kapcsolódó szolgálatok a végrehajtási intézetekben	24
III. 2. A honi helyzetről	31
IV. A fertőző betegségekről általában	39
V. Tuberkulózis, avagy tüdőbaj	40
V.1. Az ún. DOTS, illetve DOTS-PLUS stratégiák	45
V.2. „STOP a tbc-nek, avagy állítsuk meg a tbc-t!” stratégia	51
V.3. A megelőzés	56
V.4. A közép-kelet-európai helyzet	62
V.5. A tbc tárgykörében folytatott fontosabb oroszországi kutatások	67
V.6. A hatékony tbc-program elemei és a tbc-helyzet megoldási irányai	73
V.7. Tbc és HIV együttfertőződés	77
V.8. Néhány adalék a honi helyzetről	80
VI. A hepatitis fertőzésről	81
VI.1. A hepatitis C vírus	81
VI.1.1. Tanulmányok a hepatitis C tárgyköréből	85
VI. 2. A hepatitis B veszélye a végrehajtási környezetben	90
VI. 3. Hepatitis C és B helyzet Magyarországon	91
VII. HIV és AIDS	93
VII. 1. A fertőzés terjedése a börtönkörnyezetben	94
VII. 2. Az európai helyzetkép	101
VII. 3. A HIV/AIDS rizikófaktorai	107
VII. 3.1. A fogvatartottak közötti erőszak, szexuális tevékenység	107
VII. 3.2. A tetováló tevékenység	112
VII. 3.3. Az injektáló drogfogyasztás	116
VII. 4. A fogvatartotti jogok érvényesülése a HIV/AIDS tükrében, avagy a releváns nemzetközi normák	122

VII.5. A HIV/AIDS börtönbeli megelőzésére és kezelésére vonatkozó általános elvek-----	125
VII.6. A HIV/AIDS elleni átfogó stratégia-----	131
VII.7. Néhány gondolat a női fogvatartottak védelméről-----	133
VIII. A megelőzés lehetséges módszerei a HIV/AIDS fertőzéssel szemben-----	138
VIII.1. Az oktatás-----	141
VIII. 2. Szűrővizsgálatok és tanácsadás-----	146
VIII.2.1. A HIV szűrés gyakorlata hazánkban-----	152
VIII.3. A fertőzés szexuális úton történő terjedésének megelőzése-----	156
VIII.4. A fertőzés injekciós droghasználat útján történő terjedésének ----- megfékezése, megelőzése-----	162
VIII. 4.1. Az ártalomcsökkentés módszereiről általánosságban-----	162
VIII.4.2. A fertőtlenítő felszerelés, mint ártalomcsökkentési módszer---	169
VIII. 4.3. Steril tűk, fecskendők biztosítása: tűcsere-programok a büntetés- végrehajtásban-----	172
VIII.4.3.1. A svájci példa-----	178
VIII.4.3.2. A német kísérlet-----	183
VIII.4.3.2.1. Az eredmények értékelése-----	185
VIII.4.3.3. Tűcsere-programok Spanyolországban-----	190
VIII.4.3.4. Moldova-----	192
VIII.4.3.5. A kirgiz modell-----	194
VIII.4.3.6. Belorusszia-----	196
VIII.4.3.7.Az újonnan csatlakozók és a közép-kelet-európai helyzet----	196
VIII. 4.3.8. A tűcsere eltérő modelljei-----	200
VIII.4.3.9. A sikeres projektek összetevői-----	202
VIII.4.3.10. A tűcsere létjogosultsága a végrehajtási intézetekben-----	208
VIII.4.4. Az ártalomcsökkentő szubsztitúciós kezelés-----	211
VIII.4.4.1. Metadon kezelés a börtönökben-----	214
VIII.4.4.2. Szubsztitúciós kezelés az EU börtöneiben-----	223
VIII.4.4.3. A kutatási eredmények elemzése, összegzése-----	231
VIII.4.4.4. A hatékony helyettesítő kezelés összetevői-----	233
Összegzés. Záró gondolatok-----	238
Irodalomjegyzék-----	247
Linkek és egyéb felhasznált dokumentumok-----	265

Bevezetés

A börtön-egészségügy nem csak börtönügyi kérdés. Az egészségügyi problémák jelentős része, így különösen a fertőző megbetegedések, szükségszerűen kihatnak azokra, akik a fogvatartottakkal közeli kapcsolatba kerülnek, azaz a többi fogvatartottra, a büntetés-végrehajtási személyzetre, az egészségügyi dolgozókra és a látogatókra. Ezek az egészségügyi problémák pedig előbb vagy utóbb, de elhagyják a börtön falait és kikerülnek a külvilágba. Alapvető társadalmi érdek, azaz a társadalom egészének közegészségügyi érdeke fűződik tehát ahhoz, hogy a személyi szabadságuktól megfosztott személyek ne rosszabb egészségi állapotban kerüljenek vissza a társadalomba. A bebörtönzés, a személyi szabadság elvonása, mint a büntetés lényege, napjainkban már nem jelent, nem jelenthet egyet a teljes jogfosztottsággal. Bizonyos jogokat, jogosítványokat a szabadságvesztés ténye sem csorbíthat, így biztosítani kell, hogy a fogvatartottak alapvető emberi, és általában a büntetéssel össze nem függő jogai a szabadságelvonás tartama alatt ne sérüljenek. Változatlanul megilleti így valamennyi fogvatartottat a testi és lelki egészséghez való jog, azaz a fogvatartottak diszkriminációtól mentesen jogosultak a szabad társadalommal egyező egészségügyi ellátáshoz, beleértve a megelőző intézkedéseket is.

Fontos az emberekben annak tudatosítása, hogy a fogvatartottak egészségének megóvása, egészségük védelme, gondozásuk az állam, a társadalom nemzetközi normákon nyugvó kötelezettsége, lévén olyan alapjogról van szó, mely fokozott védelmet, odafigyelést igényel. Az adott állam kötelessége és felelőssége, hogy a fogvatartottakat olyan körülmények között tartsa fogva, olyan egészségügyi feltételeket teremtsen és biztosítson számukra, melyek többek között a humánummal, az emberhez méltó bánásmóddal, az egészségügyi elvárásokkal összeegyeztethetők. Ennek biztosítása érdekében a társadalom nem szabadna, hogy magára hagyja a büntetés-végrehajtást, hanem a börtönügy és a civil szféra összefogására lenne szükség egy „élhetőbb” és biztonságosabb börtönkörnyezet megteremtéséhez.

A börtön-egészségügy tehát tükröt tarthat elénk, és fokmérője lehet egy adott ország „jogállamiságának,” jelentőségéhez pedig nem férhet kétség.

A gyakorta szegényes börtönfeltételek, a végrehajtási intézetek többségére jellemző túlszűfolttság, az anyagi erőforrások elégtelenségének ismeretében elsődleges kérdésként fogalmazódott meg bennem, hogy a gyakorlatban valóban érvényesül-e a fogvatartottak szabad társadalommal egyező egészségügyi ellátáshoz való joga. Egészségügyi tárgyú írások után kutatva szembesültem azzal, hogy a magyar börtönügyi szakirodalom milyen kevés

figyelmet szentel az egészségügy témakörének. Kifejezetten egészségügyi kérdésekkel ugyanis elhanyagolható számú tanulmány foglalkozik, és azok java része is a magyar viszonyok ismertetésére szorítkozik. Ezzel szemben – többek között a WHO tevékenységének köszönhetően – több százra tehető a fogvatartottak egészségügyi ellátását, helyzetét elemző idegen nyelvű írások száma. Ebből kiindulva a doktori értekezés célja a börtön-egészségügy helyzetének elsősorban európai kitekintéssel történő bemutatása, illetve a honi viszonyokkal való összevetése.

A jelen doktori dolgozat - címének megfelelően - nem vállalkozik, és nem is vállalkozhat a börtön-egészségügy minden aspektusának bemutatására, hanem a hangsúlyt az európai büntetés-végrehajtási intézetekben mind jobban elhatalmasodó kábítószer-fogyasztásra, valamint e jelenséghez szorosan kapcsolódóan egyes fertőző betegségekre helyezi. A dolgozat központi eleme ugyanis a feldolgozott szakirodalom ismeretében az a ténymegállapítás, miszerint az európai börtön-egészségügy számára két kérdéskör jelenti a legégetőbb problémát. Egyrészt szembe kell néznie a börtönnépesség növekvő kábítószer-fogyasztásával, különösen pedig a problémás kábítószer-használat jelenségével és térnyerésével. Másrészt pedig az európai végrehajtási rendszereknek szembesülniük kell azzal, hogy a fogvatartottak drogfogyasztása, azon belül pedig az intravénás szerhasználat, ebben a környezetben különösen kedvez olyan fertőző betegségek megjelenésének és transzmissziójának, mint a hepatitis, a HIV/AIDS, valamint a tbc.

A dolgozat célkitűzése - elsősorban Európára koncentrálva - a rendelkezésre álló lehetőség szerint legfrissebb szakirodalom feldolgozása alapján komparatív, azon belül részben jogösszehasonlító módszerrel, e két problémakör részletes elemzése, illetve ezzel párhuzamosan az ún. ártalomcsökkentés filozófiájának, valamint módszereinek ugyancsak átfogó bemutatása volt. Az értekezés elkészítése során igyekeztem a témához kapcsolódó honi börtön-egészségügyi szakirodalom hiteles áttekintését is adni. A könyvtárkutatás mellett személyes konzultációkat folytattam az egészségügy területén tevékenykedő végrehajtási szakemberekkel. A doktori dolgozat megírása alatt részint az a törekvés vezetett, hogy igazoljam a problémás kábítószerfogyasztás alapkategóriájának tekinthető injektáló drogfogyasztás és egyes fertőző megbetegedések transzmissziója közötti összefüggést, másrészt a témában mind jobban elmélyülve leginkább az foglalkoztatott, hogy az európai végrehajtási rendszerek által elfogadott, illetőleg még vitatott ártalomcsökkentő kezdeményezések a honi gyakorlatba átültethetők, alkalmazhatóak-e.

A dolgozat első része a kiemelt „gócponatoknak” megfelelően tárgyalja a börtönkörnyezetben tapasztalt kábítószerfogyasztás kérdéseit és igyekszik összefoglalni az

európai végrehajtási intézetekben megfigyelhető szerhasználat legfőbb ismérveit. Részletesen bemutatja azokat a szolgálatokat is, melyeket az egyes végrehajtási rendszerek nyújtanak, biztosítanak a drogfogyasztó fogvatartottak számára, és külön kitér a magyarországi helyzet ismertetésére. Az első részen belül kaptak ugyancsak helyet a végrehajtási intézetekben különösen aggasztó méreteket öltő fertőző megbetegedések is. Az értekezés a fertőző megbetegedések közül elsőként a cseppfertőzéssel terjedő tbc kérdéseit tárgyalja, melyet a vér útján átvihet hepatitis és a HIV/AIDS bemutatása követ.

A tuberkulózis kapcsán a dolgozat igyekszik megismertetni azokat az ellenőrző stratégiákat, melyek a hatékony kezelést teszik, tehetik elérhetővé, valamint külön tárgyalja a megelőzés lehetséges irányait. Megpróbálja összefoglalni a hatékony tbc-program elemeit és ezzel párhuzamosan felvázolni a megoldási módokat. Az értekezés Oroszország fertőzőségi mutatóira tekintettel külön fejezetet szentel az e tárgykörben folytatott fontosabb oroszországi kutatások bemutatásának. A kérdéskör jelentőségének megfelelően ugyancsak külön szól a tbc és a HIV együttfertőződés végrehajtási kockázatairól.

A hepatitis vírus kapcsán a törekvés ugyancsak a fertőzésveszély végrehajtási környezetben tapasztalt forrásainak, valamint a kockázati magatartásoknak a bemutatására irányult.

A doktori értekezés első nagy szerkezeti egységének végén kapott helyet a HIV, valamint az AIDS bemutatása. A rendelkezésre álló igen terjedelmes szakirodalom áttanulmányozása után a fertőzést kiváltó egyes rizikófaktorok átfogó képét igyekeztem felmutatni. Így a dolgozat külön tárgyalja a fogvatartottak közötti erőszakot, illetve szexuális tevékenységet, a tetováló magatartásokat, végezetül pedig a vér útján terjedő fertőző betegségek szempontjából a legnagyobb veszélyt jelentő injekciós drogfogyasztást. Fontosnak tartottam annak bemutatását is, hogy a vonatkozó nemzetközi normák alapján a HIV/AIDS tükrében milyen teret kap a fogvatartotti jogok érvényesülése, illetve igyekeztem nagy hangsúlyt helyezni a megelőzés eszköztárának vizsgálatára a végrehajtási környezetben.

A HIV/AIDS megelőzésének kérdései vezetnek át a dolgozat második nagy szerkezeti egységéhez. A törekvés ennél a résznél annak alátámasztása és igazolása volt, az intravénás droghasználók az injekciós droghasználatához szükséges steril eszközök hiánya miatt kényszerülnek olyan kockázatvállaló magatartásokhoz, melyek szükségszerűen vezetnek a HIV/AIDS, valamint a hepatitis transzmissziójához. A megelőzés általános módszereinek bemutatásán kívül a dolgozat megkísérli végigkísérni azt a folyamatot, melynek során az ártalomcsökkentő szemlélet és gyakorlat egyre jobban teret talált magának egyes európai országok büntetés-végrehajtásában. A doktori értekezés ezen túlmenően azt próbálja igazolni, hogy a büntetés-

végrehajtás sem mellőzheti azt a szemléletet, miszerint a drogmentes kezelések nem minden drogfogyasztó számára jelentenek hatáson megoldást, így esetükben a drogfogyasztáshoz kapcsolódó ártalmak csökkentése elengedhetetlenül szükséges.

A rendelkezésre álló legújabb kutatási eredmények felhasználásával, elsősorban az európai végrehajtási környezetre koncentrálva, igyekszik a dolgozat az egyes ártalomcsökkentő kezdeményezéseket minél részletesebben bemutatni. Így az oktatás mellett szól a HIV-szűrésről, valamint a szűrést megelőző, illetve követő tanácsadás jelentőségéről. A HIV fertőzés szexuális úton történő terjedésének megelőzése az óvszerek prevenciós szerepét erősíti és indokolja még a végrehajtási intézetekben is. A fertőzés injekciós drogfogyasztás útján történő terjedése további ártalomcsökkentő módszerek alkalmazásának kérdését veti fel. Ennek megfelelően az értekezés igyekszik alátámasztani a fertőtlenítő felszerelések, a steril tűk és fecskendők, valamint a helyettesítő kezelések létjogosultságát a büntetőügy területén is. Tekintettel arra, hogy a prevenció szempontjából e két utóbbi ártalomcsökkentő eszköz bír a legnagyobb jelentőséggel, az értekezés megpróbálja a lehető legrészletesebben bemutatni azok végrehajtási alkalmazhatóságának a kérdéseit, ezzel elősegítve, és talán megkönnyítve a jövőbeni bevezetést.

I. A fogvatartottak egészséghez, egészségügyi ellátáshoz való joga

Az Egyesült Nemzetek Szervezetének 1966-os Nemzetközi Egyezségokmánya a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogokról¹ 12. cikkében rögzíti a testi és szellemi egészség legmagasabb standardjainak eléréséhez való jogot, mely minden személyt megillet. E norma alapján e jogosítvány alkalmazandó a fogvatartottak esetében is. A bebörtönzés során ugyanis a fogvatartottaknak továbbra is megmarad a testi és mentális egészséghez való alapvető joguk, azt a szabadságelvonás nem korlátozhatja. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy a fogvatartottak számára biztosított egészségügyi ellátásnak legalább olyan szinten kell nyugodnia, mint ami a szabad világban irányadó. Mindenkinek tiszteletben kell tehát tartani a fogvatartottak a végrehajtási intézeteken kívül biztosított egészségügyi ellátással azonos, azzal egyenértékű egészségügyi ellátáshoz való jogát. Ezt az elvet fogalmazza meg a Kínzás és az Embertelen vagy Megalázó Bánásmód vagy Büntetések Megelőzésére Létrehozott Európai Bizottság

¹ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Magyarországon kihirdette az 1976. évi 9. tvr.

tevékenységéről készített 3. Általános Jelentésében,² amikor kimondja, hogy a börtön-egészségügyi szolgálatnak biztosítani kellene mindazon egészségügyi ellátást, kezeléseket, megfelelő diétát, pszichoterápiát, rehabilitációt és minden más szükséges lehetőséget, melyet a betegek élveznek a kinti társadalomban. Az Egyesült Nemzetek Szervezetének a fogvatartottak kezeléséről szóló Alapelveinek³ 9. alapelve ezzel összefüggésben rögzíti a fogvatartottak azon jogát, hogy az országban rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatásokhoz korlátozás nélkül, diszkriminációmentesen juthassanak hozzá. A szabadságelvonás ténye tehát nem csökkentheti az egészségügyi ellátás eléréséhez való jogot, sőt egyfajta többletkötelezettséget ró a végrehajtási hatóságokra. Nem egyszerűen az egészségügyi ellátás biztosítása tehát a feladata a börtönadminisztrációnak, hanem olyan végrehajtási feltételek megteremtése is, melyek a fogvatartottak és a végrehajtási személyzet egészségét, jólétét egyaránt szolgálják, így például az egészséges élet,- és munkafeltételek garantálását, olyan tevékenységeket, melyek nem ártalmasak a fogvatartottak egészségére. Emellett, tekintve, hogy a testi és szellemi egészség kölcsönhatást gyakorolnak egymásra, a humánus életkörülmények, azok megteremtése, fenntartása és biztosítása is része az egészséghez való jognak.

Az egyenértékű egészségügyi ellátás megteremtése és fenntartása a végrehajtási közegben gyakorta kerül szembe az erőforrások szűkösségével. A CPT 11. Általános Jelentése⁴ alapján a gazdasági nehézségek ellenére az államok továbbra is kötelezettséggel tartoznak a szabadságelvonás hatálya alatt álló személyek megfelelő egészségügyi ellátásáért és e szolgáltatást térítésmentesen kötelesek számukra biztosítani. Az egészségügyi ellátás ingyenessége – összhangban az ENSZ-nek a Fogvatartás bármely formája vagy a szabadságvesztés büntetés hatálya alatt álló minden személy védelmét szolgáló Alapelvegyűjtemény⁵ 24. pontjával- az államok felelősségéből adódik, lévén az alkalmazott szabadságelvonás többé-kevésbé károsan hat a fogvatartott személyek testi és szellemi egészségére.⁶

²(Council of Europe) CPT/Inf (93)12. és The CPT standards. „Substantive” sections of the CPT’s General Reports. CPT/Inf/E (2002) 1-Rev. 2006

³ Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Adopted by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990.

⁴ Council of Europe. 11th General report on the CPT’s activities covering the period 1 January to 31 December 2000. Strasbourg, 2001. (CPT/Inf (2001) 16.)

⁵ Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. Adopted by General Assembly resolution 43/173 of 9 December 1988.

⁶Vö.: (*Penal Reform International*): Making standards work - an international handbook on good prison practice. Penal Reform International. London, 2001. 72. p.

A börtönökben biztosítandó egészségügyi ellátás etikai és szervezeti aspektusairól szóló R (98) 7. számú Európa Tanácsi ajánlás⁷ szellemében az egészségügyi ellátáshoz való jog főbb jellemzői az orvosi ellátás elérhetősége, az azonos értékű, avagy egyenlő elbánás, a betegek hozzájárulása, beleegyezése és az orvosi titoktartás, valamint a hivatásbeli függetlenség biztosítása. Az ajánlás a fenti dokumentumokkal összhangban fogalmazza meg annak követelményét, hogy a fogvatartottak a társalomban elérhető megelőző kezelésekkel és egészségügyi ellátással azonos gondoskodásban részesüljenek. Ezt alátámasztandó a végrehajtási intézmények orvosait kötelezi arra, hogy az elítéltek számára ugyanolyan minőségű egészségügyi ellátást nyújtsanak, mintha azt bármely más betegnek tennék. Az azonos szintű ellátás emellett szükségszerűen feltételezi, hogy az egészségügyi szolgálatok megfelelően kvalifikált orvosokkal, ápolókkal, technikai személyzettel, valamint olyan eszközparkkal rendelkezzenek, melyek minősége megegyezik a börtön falain kívülivel.⁸

Az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága által 2006. januárjában elfogadott, az 1987-es szabálygyűjteményt felváltó, azt korszerűsítő új Európai Börtönsszabályok⁹ ugyancsak elvi éllel fogalmazza meg, hogy azon börtönfeltételek, melyek megsértik a fogvatartottak emberi jogait az erőforrások hiányával nem igazolhatóak. A börtönügy számára zsinórmértékül szolgáló ajánlás a szabadságvesztés végrehajtásának feltételei között külön kihangsúlyozza a fogvatartottak egészségügyi vizsgálatát, melyre ideális esetben a befogadás napján, de minden esetben az azt követő 24 órán belül kell sort keríteni.

Az elszállásolás kapcsán az ajánlás az Emberi Jogok Európai Bíróságának számos döntését szem előtt tartva kimondja, hogy tekintettel kell lenni az emberi méltóságra, és amennyire lehetséges a magánéletre, továbbá az egészségügyi, higiéniai követelményekre, világításra, fűtésre, szellőzésre. A CPT 11. Általános Jelentésére [CPT/Inf (2001)16] figyelemmel pedig hangsúlyozza, hogy minden olyan épületben, ahol a fogvatartottakat elszállásolják, munkát végeznek vagy gyülekeznek, biztosítani kell a megfelelő méretű ablakokat annak érdekében, hogy a fogvatartottak természetes fénynél tudjanak olvasni, dolgozni, illetőleg lehetővé tegyék a friss levegő beáramlását.¹⁰

Az ajánlás a tárgykör jelentőségének megfelelően külön, önálló részben tárgyalja az egészség, az egészségügyi ellátás kérdéseit. A „mintaszabályzat” e III. része 7 alcímre tagolva foglalkozik a fogvatartottak egészségügyi ellátásával, a börtön-egészségügy szervezetével, az

⁷ Recommendation No. R (98)7 concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison

⁸ Az ajánlás részletes bemutatását lásd: Nagy Ferenc - Juhász Zsuzsanna: Egészségügy a börtönben. Gondolatok az Európa Tanács R(98) 7. ajánlása kapcsán. Börtönügyi Szemle 2002/1. szám 7-21. pp.

⁹ Recommendation No. R (2006)2. European Prison Rules

¹⁰ A magyarázó jegyzet külön kiemeli e tárgykörben a megfelelő méretű zárkák nagyságának meghatározását, melynél figyelembe kellene venni, hogy a fogvatartottak mennyi időt töltenek bezárva zárkaikban.

orvosi és egészségügyi személyzettel, kötelezettségeikkel, a vonatkozó egészségügyi rendelkezésekkel, a mentális egészséggel, és a kapcsolódó egyéb kérdésekkel.

Új eleme az ajánlásnak a börtönhatóságok azon kötelezettségének megfogalmazása, mely szerint védeniük kell az őrizetükben lévő fogvatartottak egészségét. Ezen norma alapját a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának már hivatkozott 12. cikkelye adja.

A börtön-egészségügy szervezetére vonatkozó szabályok végrehajtásának leghatásosabb módja, az ajánláshoz kapcsolt magyarázó jegyzet szerint, ha az egészségügyi ellátás börtönökben történő biztosításáért a nemzeti egészségügyi hatóság tartozik felelősséggel. Amennyiben nem ez a helyzet, akkor a lehető legszorosabb kapcsolat kialakítására kell törekedni a börtön-egészségügyi ellátást nyújtó hatóság és a kinti egészségügyi szféra között. Az ajánlás megfogalmazása szerint a börtönökben folyó egészségügyi szolgáltatásokat úgy kell megszervezni, hogy azok szorosan kapcsolódjanak a helyi közösség vagy az ország általános egészségügyi rendszeréhez. A börtönök egészségügyi politikáját ezért integrálni kell és kompatibilissé tenni a nemzeti egészségügyi politikával (40.2.). Ugyancsak fontos követelmény, hogy a fogvatartottak számára az egészségügyi szolgáltatásokat, legyenek azok testi vagy lelki betegséggel összefüggőek, diszkrimináció nélkül kell biztosítani (40.3.).

Az orvosi és egészségügyi személyzet címet viselő rész megköveteli, hogy a fogvatartottak egészségügyi ellátásának biztosítása érdekében minden börtönben tevékenykedjen legalább egy, lehetőleg teljes munkaidőben foglalkoztatott, képezített általános orvos, valamint megfelelően képzett egészségügyi személyzet (41.1.-41.5.). Minden esetben alapvető követelmény, hogy az orvosoknak, illetve az egészségügyi személyzetnek ugyanazon hivatásbeli elveket és standardokat kell követniük, mint a börtönön kívüli munkavégzés során.

Igen terjedelmes szabályanyag tartalmazza a gyakorló orvos kötelezettségeire vonatkozó normákat. E kötelezettség kezdetét a végrehajtási intézetbe történő befogadással veszi, amikor a fogvatartottat orvosi vizsgálatnak kell alávetni (42.1.). Ennek során az ajánlás alapján különös figyelmet kell szentelni az alábbiakra. Az egészségügyi titoktartási kötelezettség általános szabályainak betartására. Diagnosztizálni kell a testi és lelki eredetű betegségeket, és minden intézkedést meg kell tenni a szükséges kezeléshez, illetőleg annak foganatosításához. Fel kell jegyezni, valamint jelenteni kell az illetékes hatóságoknak, ha bármely jelét észlelnék a fogvatartottal szembeni erőszaknak. Foglalkozni kell mindazon megvonási tünetekkel, melyek kábítószer, gyógyszer vagy alkoholfogyasztásból származnak;

azonosítani kell a szabadságelvonás tényével összefüggő pszichés és egyéb megpróbáltatásokat. Izolálni kell azon fogvatartottakat, akik fertőző vagy ragályos betegségben szenvednek a fertőzés tartama alatt, és biztosítani kell számukra a megfelelő kezelést. Biztosítani kell továbbá, hogy a HIV vírushordozó fogvatartottakat pusztán ezen okból ne különítsék el.¹¹ Meg kell figyelni azon testi és lelki defektusokat, melyek akadályozhatják a szabadulás utáni visszailleszkedést, illetve meg kell határozni az egyes fogvatartottak munkához és testgyakorláshoz való alkalmasságát. Végül – ha a fogvatartott beleegyezését adja – együtt kell működni a társadalmi szolgálatokkal a szabadulást követő bármely szükséges egészségügyi és pszichiátriai kezelés folytatására.

További kötelezettség hárul az orvosra a magánelzárás végrehajtása alatt azzal, hogy a fenyítés hatálya alatt álló fogvatartottakat naponta kell látogatni, és biztosítani számukra a megfelelő egészségügyi ellátást, illetve kezelést. Jelentési kötelezettsége van ezen túlmenően az igazgató felé azon esetekben, amikor úgy ítéli meg, hogy a szabadságvesztés folytatása, vagy annak bármely feltétele a fogvatartott testi vagy lelki egészségére súlyos veszélyt jelentene.

A gyakorló orvosra, illetőleg más illetékes hatóságra, a fentiek mellett még ellenőrzési, információgyűjtési, valamint tájékoztatási feladatok is hárulnak, melyek kiterjednek többek között a fogvatartottak élelmezésére, az intézmény, valamint a fogvatartottak higiénias állapotára, csatornázással, fűtéssel, világítással és szellőzéssel összefüggő kérdésekre. Az igazgató köteles az előterjesztett jelentéssel és az abban foglalt esetleges tanácsokkal foglalkozni, egyetértése esetén a szükséges lépéseket haladéktalanul megtenni. Ha az igazgató nem rendelkezik az adott ügy kapcsán hatáskörrel, vagy a jelentéssel nem értene egyet, az orvos javaslatait a felettes hatósághoz kell felterjesztenie.

Az egészségügyi rendelkezések címet viselő rész egy pontban rögzíti azt az alapkövetelményt, hogy saját kórházi részlegnél a fogvatartottak egészségügyi ellátását és kezelését megfelelően képzett személyzettel és felszereltséggel kell biztosítani. Amennyiben pedig olyan speciális kezelés válna szükségessé, mely nem áll rendelkezésre, a fogvatartott speciális intézménybe vagy civil kórházba történő átszállításáról kell gondoskodni.

Az ajánlás külön foglalkozik azon mentális rendellenességben szenvedők kezeléséről, akik nem tekinthetők kóros elmeállapotúaknak. Figyelemmel arra, hogy a személyi szabadság elvonása, a végrehajtás feltételei igen komolyan befolyásolhatják a fogvatartottak lelki állapotát, ezért a büntetés-végrehajtási hatóság feladata e körben részint a végrehajtási

¹¹ Lásd részletesebben a WHO Irányelvét a HIV fertőzésről, valamint az AIDS-ről a börtönökben (Genf, 1993.), illetve az Európa Tanács R(93)6. számú ajánlását

feltételek javítását célozza, másrészt annak felismerését és kezelését, hogy mely fogvatartottak esetén lehet önkárosítástól vagy öngyilkosságtól tartani.

A szabálygyűjtemény egészségügyet érintő utolsó része - összhangban többek között Az emberi Jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló Egyezmény¹² 7. cikkével, az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának R (90)3. számú ajánlásával az embereken végzett egészségügyi kutatásokról¹³ - kategorikusan megtiltja, hogy a fogvatartottak beleegyezés nélkül kísérletek alanyai legyenek, illetve tilalom alá esnek mindazon kísérletek, amelyek a fogvatartottaknak testi sérülést, lelki károsodást vagy egyéb egészségkárosodást okoznának.

I.I. A fogvatartottak egészségvédelmének garanciái hazánkban

Hazánkban a fogvatartottak egészségügyi ellátásának jogszabályi hátterét elsősorban a Büntetés-végrehajtási Kódex,¹⁴ az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III.6.) IM. rendelet alkotja.

A Bv. Kódex 36. §-ának (1) bekezdése az egészségügyi ellátást az elítélteket megillető *jogként* jelöli meg, a 47. § (2) bekezdése pedig alapelveként rögzíti, hogy az elítélt egészségének védelmére és egészségügyi ellátására az egészségügyi jogszabályok az irányadók. Ugyanezen törvényhely értelmében a gyógyszerellátás az elítélt személyeket térítés nélkül illeti meg. Amíg az elítéltek gyógykezelése és egészségük megőrzése a büntetés-végrehajtás feladata, a büntetés-végrehajtási jogviszonyból fakadóan a fogvatartottakra háruló *kötelezettség* a szükséges orvosi vizsgálatnak és gyógykezelésnek a tűrése [Bv. Kódex 33.§ (1) bekezdés f) pont]. Így a fogvatartott saját egészségének védelme, illetőleg a közösség védelme miatt az őt egyébként az egészségügyi ellátás visszautasításával kapcsolatban megillető önrendelkezési jog korlátozható, az együttműködés megtagadása esetén pedig a szükséges vizsgálatokat, illetve kezeléseket rajta el kell végezni.¹⁵

Fontos ugyanakkor hangsúlyozni, hogy ez a vizsgálatok, illetőleg kezelések tűrésére vonatkozó kötelezettség nem terjed ki az orvosi kísérletekre és a műtéti beavatkozásokra. Így orvosi kísérletek a fogvatartottakon még beleegyezésük esetén sem végezhetők [Bv. Kódex

¹² Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms as No. 11. Kelt Rómában 1950. november 4-én. Hazánkban kihirdette az 1993. évi XXXI. törvény.

¹³ Recommendation No. R (90)3 of the Committee of Ministers concerning medical research on human beings.

¹⁴ A büntetések és intézkedések végrehajtásáról szóló, többször módosított 1979. évi 11. törvényerejű rendelet

¹⁵ Az egészségügyi ellátás visszautasításával kapcsolatos önrendelkezési jog részint a fogvatartott saját, részint pedig a közösség védelme érdekében például közegészségügyi-járványügyi érdekből, illetőleg életveszélyes állapot, várhatóan maradandó egészségkárosodás elhárítása miatt, veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető állapot fennállása esetén korlátozható. [5/1998. (III.6.) IM. rendelet 4. § (3). Bekezdés, illetve 5. §]

21.§ (1) bekezdés], műtéti beavatkozásra pedig csak előzetes hozzájárulásuk esetén kerülhet sor, kivéve ha közvetlen életveszély elhárítását szolgáló műtéti beavatkozásról van szó. Ide kapcsolódóan az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 161. szakaszának (3) bekezdése egyúttal elvi élel mondja ki, hogy egészségügyi kutatások még a fogvatartott beleegyezése esetén sem végezhetők el. Honi szabályozásunk tehát az Európai Börtönszabályokban foglalt normákhoz képest szigorúbb rendelkezéseket tartalmaz, az egészségügyi kutatások lehetőségét hozzájárulástól függetlenül kizárja, illetve csak arra az esetre korlátozza, ha a kutatás a fogvatartott saját, közeli hozzátartozója, vagy a hasonló helyzetű személyek egészségét közvetlenül és egyúttal jelentős mértékben szolgálná, emellett pedig hasonló kutatási eredmény szabadságukban nem korlátozott személyek bevonásától nem várható.

Az Egészségügyről szóló törvény rendelkezései alapján a nemzetközi normáknak megfelelően az ún. betegjogok közül a fogvatartottak esetén is biztosítani kell az egészségügyi ellátáshoz való jogot, az emberi méltósághoz való jogot, a tájékoztatáshoz, bizonyos korlátok között az önrendelkezéshez, illetve az ellátás visszautasításához való jogot, az egészségügyi adatok megismerésének jogát, illetőleg az orvosi titoktartáshoz való jogot. Az elsőként említett egészségügyi ellátáshoz való jog magában foglalja a szabad orvosválasztás jogát, amely azonban a büntetés-végrehajtás tényéből fakadóan a fogvatartott betegeknél nem érvényesül, illetve nincs lehetőségük más orvos által történő vizsgálat kezdeményezésére sem. A Bv. Kódex ugyanakkor lehetőséget biztosít arra, hogy az elítélt többek között egészségi állapotára tekintettel kérje a büntetés végrehajtásának félbeszakítását,¹⁶ melynek engedélyezése esetén már szabadon dönthet mind a kezelő hely, mint pedig az orvos személye tekintetében. Ugyancsak a fogvatartottak speciális helyzetéből fakad, hogy alanyi jogon mentességet élveznek a vizitdíj, illetve kórházi napidíj megfizetésének kötelezettsége alól, melynek jogszabályi háttérét hazánkban a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtására kiadott 217/1997. (XII.I.) Kormányrendelet teremtette meg [6. § (2)].

A harmadikként hivatkozott alapjogszabály, a fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III. 6.) IM rendelet [1. § (6)] kimondja, hogy amennyiben a fogvatartott megfelelő egészségi ellátása a végrehajtási szervezet keretein belül nem lehetséges, úgy a bv. orvos, vagy a bv. egészségügyi intézet gondoskodik arról, hogy az ellátást a fogvatartott a végrehajtási szervezet kezelésében nem lévő intézményben kapja meg.

¹⁶ A félbeszakításra irányuló kérelmet vagy a bv. orvosnak, vagy az illetékes egészségügyi intézet orvosának kell írásban véleményeznie.

A kötelező egészségbiztosítási ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtására kiadott 217/1997. (XII.1.) Kormányrendelet 6. §-ának (2) bekezdése alapján a fogvatartottak az egészségügyi szolgáltatásra a fogvatartó szerv keretein belül jogosultak, amennyiben pedig az egészségügyi szolgáltatás ott nem biztosítható, úgy egészségi állapotuknak megfelelő ellátásuk a fogvatartó szerv által kijelölt egészségügyi szolgáltatónál történik.

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény a fogvatartottakat mint baleseti ellátásra (15. § c). pont), illetve mint egészségügyi szolgáltatásra jogosultakat (16. § n) pont) nevesíti, ami azt jelenti, hogy a pénzbeli ellátások kivételével egyéb baleseti ellátásra és természetbeni egészségügyi szolgáltatásra a biztosítottakkal azonos módon jogosultak.

Hazánkban a fogvatartottak egészségvédelmének három fő működési területe különül el egymástól: így egyrészt beszélhetünk a gyógyító-megelőző ellátásról, a közegészségügyi-járványügyi tevékenységről, végezetül az egészségügyi anyag-és gyógyszergazdálkodásról, valamint ellátásról.

A *gyógyító-megelőző ellátás* mindazon tevékenységeket magában foglalja, melyek a prevenciót, a betegségek felkutatását, felismerését és egyúttal a szakszerű kezelést szolgálják. A gyógyító-megelőző ellátás nyújtásának helyszíne vagy a fogvatartó intézet, vagy a büntetés-végrehajtás egészségügyi intézményei, a Büntetés-végrehajtás Központi Kórháza, a Nagyfai Országos Büntetés-végrehajtási Intézetben működő Krónikus Utókezelő Részleg, illetőleg az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet. Amennyiben a szükséges beavatkozás ezeken a helyeken nem lenne biztosítható, úgy a fogvatartottat egészségügyi ellátására országos szakintézményekben kerül sor.

A gyógyító-megelőző tevékenység részeként a Fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló IM. rendelet rendelkezései alapján (6. §) a fogvatartott orvosi vizsgálatára a befogadást követően legkésőbb 72 órával sort kell keríteni. Ekkor kerül sor a kórelőzményi adatok felvételére, az általános egészségi állapot, fizikális státusz feltérképezésére, a munkaképesség elbírálására. Amennyiben pedig a fogvatartotton külsérelmi nyomok találhatók, vagy sérülésekre hivatkozik, orvosi látletet felvétele szükséges. Ugyancsak az intézmény orvosának kötelezettsége a magánelzárás fenyítés hatálya alatt álló elítéltek egészségi állapotának folyamatos figyelemmel kísérése és szükség esetén a magánelzárás végrehajtása felfüggesztésének javaslata, mindez összhangban a nemzetközi normákban foglaltakkal, különös tekintettel az Európai Börtönszabályok ajánlásaira.



A *közegészségügyi-járványügyi munka* a fertőző betegségek kiszűrésére, a terjedés megakadályozására, illetőleg a fertőzés felszámolására irányul. A befogadási eljárás ugyancsak fontos szegmense a fogvatartottak közegészségügyi és járványügyi szempontból történő vizsgálata. Betegséget terjesztő vagy okozó élősködők, vagy fertőző megbetegedés gyanúja esetén az elkülönítés szabályát alkalmazzák, amely csak a bv. orvos írásbeli engedélyével szüntethető meg.

Járványügyi érdekből az intézmény orvosának javaslatára egyes fogvatartotti jogok átmeneti korlátozására is van jogszabály által biztosított lehetőség. Így korlátozható a látogató fogadásához, a csomagküldeményhez való jog, a fogvatartottak bv. intézeten belüli mozgása, valamint a korlátozás kiterjedhet a gyógykezelés kivételével az intézet elhagyására és a munkavégzésre is [5/1998. (III.6) IM. rend. 39.§].

A szűrővizsgálatok közül a Fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló IM. rendelet a HIV- szűrés mellett a tüdőszűrést, a fogászati szűrést, illetve női fogvatartottak esetén a nőgyógyászati szűréseket nevesíti (8.§), melyeken való részvétel lehetőségét a jogszabály alapján a fogvatartottak számára biztosítani kell.

Az *egészségügyi anyag-és gyógyszerellátás* keretében ismételten hangsúlyozandó, hogy a nemzetközi normáknak megfelelően a büntetés-végrehajtás az elítéltek részére a gyógyszereket térítés nélkül biztosítja, illetve ugyanezen szabály vonatkozik a gyógyászati segédeszközökre is, amennyiben az elítélt a munkáltatásban önhibáján kívül nem vesz részt. Az anya-gyermek részlegben elhelyezett gyermek gyógyszerellátása ugyancsak térítésmentesen történik. A gyógyszerek beszerzése, megrendelése a bv. orvos feladata, ő határozza meg a gyógyszer milyensége mellett, annak mennyiségét és a gyógykezelés időtartamát is. A gyógyszerekkel való visszaélések megelőzése érdekében a fogvatartottak nem tarthatnak maguknál altatókat, nyugtatókat, testépítéshez szükséges szereket, ezekre gyógyszerertartási engedély tehát nem adható. Ugyancsak az esetleges visszaélések elkerülése érdekében fekteti le a vonatkozó norma, hogy fogvatartott gyógyszerert nem kezelhet, és nem oszthat [5/1998. (III.6) IM. rend. 37.§].

II. A börtön-egészségügy legégetőbb problémái Európában

Az európai börtönnépesség egészségi státuszát vizsgálva mind a mai napig időtállóan tekinthetjük az alábbi megállapításokat:

- A fogvatartottak egészségi állapota általában alacsonyabb, mint az átlagnépességé.
- A börtönnépességben belül a testi, de különösen a mentális eredetű rendellenességek magas mutatói figyelhetők meg.
- A fogvatartottak rossz egészségének hátterében, legfőbb okozóként és előmozdító tényezőként a szociális és gazdasági hátrányok állnak.¹⁷

Az ún. Moszkvai Deklaráció külön felhívja a figyelmet arra, hogy a végrehajtási intézetek fogvatartottai gyakorta a társadalom leginkább marginális csoportjaiból tevődnek össze: drogfogyasztók, intravénás kábítószerélvezők, szegényes szociális és egészségi körülmények között élők alkotják a börtönnépesség jelentős hányadát.¹⁸

A szakirodalom áttanulmányozása után egyértelművé vált számomra, hogy Európa számos végrehajtási intézetében az általános népességgel egyenlő színvonalú, egyenértékű egészségügyi ellátáshoz való jog deklarálása ellenére az egészségügyi ellátás elérhetősége a szabad társadalomhoz képest igen korlátozott és szegényes. Többek között a túlszűfoltásnak, ebből következően pedig a leterhelt egészségügyi szolgáltató rendszernek betudhatóan, illetve az anyagi erőforrások korlátai miatt a betegségek és a fertőzések előfordulásának gyakorisága a kívülvilágban és a börtönökben jelentős különbségeket mutatnak. A mentális betegségek például 2-4-szer jellemzőbbek a fogvatartottak körében, az öngyilkossági ráta 5-ször magasabb, egyes fertőző betegségek terjedése 20-szor, a hepatitis B általában 2-6-szor, a hepatitis C, illetve a tuberkulózis előfordulása pedig 10-100-szor gyakoribb a végrehajtási közegben.¹⁹

A szakirodalom feldolgozása alapján²⁰ emellett azt a következtetést vontam meg, hogy Európa legtöbb országa a börtön-egészségügy területén két alapvető problémával szembesül.

¹⁷ Tomasevski, K.: Prison health. International standards and national practices in Europe. European Institute for Crime Prevention and Control affiliated with the United Nations, Publication Series No. 21., Helsinki 1992. 38. p.

¹⁸ Declaration on Prison Health as part of Public Health – adopted in Moscow on 24 October 2003.

¹⁹ (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison) „Unlocking potential: making prisons safe for everyone” Report of the 8th European Conference of drug and HIV/AIDS services in prison. Budapest, 2005. 38. p.

²⁰ Lásd például: Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from central and eastern Europe. London, Cranstoun Drug Services, 2004., Stöver, H. – Weilandt, C.: Drug use and drug services in prisons. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007., Lines, R.: Action on HIV/AIDS in prisons: Too little, too late – a report card. Montreal, 2002.

Egyrésről mind nagyobb méreteket ölt a *problémás kábítószer-fogyasztók* létszáma a büntetés-végrehajtási intézetekben. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának²¹ 2005. évi jelentése a problémás kábítószer-használat fogalma alatt az injekcióval történő kábítószer-használatot, valamint ópiátok, kokain és/vagy amfetaminok hosszú távú, illetőleg rendszeres használatát érti, ami leginkább heroin és különféle serkentőszerek használatában nyilvánul meg.²² Másodsorban a problémás kábítószer-fogyasztáshoz, elsősorban pedig az intravénás szerhasználathoz szorosan kapcsolódva igen magas egyes fertőző betegségek, így különösen a *hepatitis*, illetve a *HIV/AIDS* elterjedése a fogvatartotti népelességen belül. A kábítószerfogyasztók és a HIV/AIDS-betegek körében emellett mind nagyobb arányban figyelhető meg a *tuberkulózis (tbc)* előfordulása is. A fertőző betegségek kérdéskörének jelentőségét az is szemlélteti, hogy a XXI. században e betegségek maradtak a vezető halálozási okok.

Nem nehéz belátni, hogy amennyiben a már fertőzött, illetőleg a betegségek nagy kockázatának kitett fogvatartottak megfelelő kezelés nélkül hagyják el a végrehajtási intézeteket, továbbfokozzák a fertőző betegségek terjedését. Emellett az életfeltételek a legtöbb börtönben egészségtelenek. A túlszűfolttság, az erőszak, a friss levegő, a tiszta víz, a természetes fény hiánya, a nem megfelelő élelem és a fertőzés terjedését elősegítő olyan tevékenységek, mint például a tetoválás, az injektáló magatartások a végrehajtási közegben általánosak. Ezen tényezők együtthatása vezet oda, hogy a tbc, a HIV és a hepatitis fertőzései ráták a börtönnépelesség körében jóval magasabbak, mint a szabad társadalomban.

Külön kell szólni a végrehajtási intézetek már korábban hivatkozott túlszűfolttságáról, mely az országok többségében kulcsprobléma és negatívan befolyásolhatja az egészségügyi ellátás színvonalát, károsan hat a fogvatartottak egészségére, az általános életminőségre, táptalaja lehet a fertőző betegségek kialakulásának és terjedésének, továbbá szegényes higiéniai feltételeket eredményezhet. Emellett többek között hátrányosan érinti a fogvatartottak és a végrehajtási állomány arányát, ezáltal a személyes ellenőrzést, a munkalehetőségek csökkenését, a hasznos elfoglaltság hiányát idézheti elő, ami pedig a fogvatartottak között feszültségeket szülhet. Elősegítheti továbbá a fogvatartottak közötti hierarchia kialakulását és az erőszak térnyerését is. A CPT 2. Éves Jelentésében²³ pedig annak

²¹ Az EU Kábítószerügyi Központjának angol elnevezése: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

²² A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxemburg 2005. 63. p.

²³ 2. Éves Jelentés 46. pontja

a véleményének adott hangot, hogy a túlszűfolttság már önmagában is embertelen és megalázó bánásmódnak tekinthető.

A túlszűfolttság kezelésére a helyzet megoldásaként két hosszú távú lehetőség kínálkozik: egyrészt a börtönrendszerek kapacitásának növelése, másrészt pedig a börtönnépesség redukálása. Az elsőként említett módosztat hosszú távon ritkán eredményes, ehelyett jóval hatásosabb lehet a büntetőeljárás és az ítélezési gyakorlat megváltoztatás, ezáltal a szabadságelvonás hatálya alá kerülők számának csökkentése. Rövid távú megoldásként amnesztiák és egyéb idő előtti szabadítások is alkalmazhatók, emellett a rendelkezésre álló férőhely optimálisabb kihasználása és az életfeltételek javítása is számbavehető.²⁴

A végrehajtási intézetek túlszűfolttságának és az egyre növekvő börtönnépességnek a tényét rögzítette R (99)22. számú ajánlásában²⁵ az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága is. A dokumentumban többek között megfogalmazásra került a személyi szabadság elvonásának ultima ratio jellege. Ugyancsak kivételes intézkedésként szól az ajánlás börtönök bővítéséről, mely a túlszűfolttság enyhítésére nem ad tartós megoldást. Azokban az esetekben pedig, amikor a férőhelyek elegendőek, de kihasználtságuk nem igazodik a helyi körülményekhez, a hatékonyabb kihasználásra kellene törekedni. Az ajánlás emellett a tagállamok figyelmébe ajánlja bizonyos bűncselekmény-típusok dekriminalizációját, illetve újraosztályozását is.²⁶

III. Kábítószer-használat a végrehajtási intézetekben

A kábítószer-fogyasztás kérdését vizsgálva a társadalomban és a börtönnépesség körében egyaránt a droghasználat terjedése követhető nyomon. Nyugat-Európában például az elmúlt közel egy évtized alatt a kábítószer-fogyasztás átlagosan megháromszorozódott, illetőleg Finnországban, valamint Görögországban az ötszörösére nőtt. Az európai fogvatartottak közel kétharmada már a börtönbe kerülés előtt alkohol és droghasználatával küzdött.²⁷ Az Európai Unió 20 tagállamából, illetve a Bulgáriából és Norvégiából származó adatok alapján a börtönnépesség 1/3-a, illetve annál kisebb hányad fogyasztott kábítószer

²⁴ (King's College London – International Centre for Prison Studies): Dealing with Prisons overcrowding. 2004. Guidance Note 4. 1-7. pp.

²⁵ Recommendation No. R (99) 22. concerning prison overcrowding and prison population inflation

²⁶ Bővebben: Juhász Zsuzsanna: Az Európa Tanács két börtönügyi tárgyú ajánlásáról. Börtönügyi Szemle 2002/4. 85-94. pp.

²⁷ Fliegauf Gergely: Az európai büntetés-végrehajtási rendszerek kábítószerügyi stratégiái. Börtönügyi Szemle 2005/1. 107. p.

élete során például hazánkban és Bulgáriában, míg a fogvatartottak ¾-e vallotta magát droghasználónak többek között Hollandiában, Norvégiában és az Egyesült Királyságban.²⁸

A fenti adatok arra engednek következtetni, hogy egyes európai börtönrendszereknél a drogfogyasztók a börtönnépesség jelentős és egyúttal kifejezetten problematikus részét alkotják. Kevés ugyanakkor az egyértelmű definíció arra nézve, hogy kit tekinthetünk drogfogyasztónak. Ilyen meghatározás hiányában számos kérdés fogalmazható meg. Így például felvetődik, hogy ki dönti el, ki tekinthető drogfogyasztónak. A végrehajtási intézet orvosa bizonyos drogfogyasztásra utaló tünetek jelentkezése esetén, avagy a végrehajtási intézet személyi állománya, a börtönigazgatás, esetleg a fogvatartott saját megnyilatkozására hagyatkozunk? Felvetődik továbbá, hogy az illegális szerek mellett a legális drogok, így például az alkohol, nikotin, nyugtatók, altatók fogyasztása is ebbe a körbe vonható-e. Fontos lenne továbbá annak tisztázása, hogy milyen kritériumokra legyenek figyelemmel. Elegendő-e az alkalmi drogfogyasztás, vagy valamiféle rendszerességet követeljenek meg? Alapul szolgálhat-e a bebörtönzést megelőző fogyasztás, és ha igen milyen tartamban? A gyakoriság mellett van-e jelentősége a mennyiségnek, a környezetnek, a problémás drogfogyasztásnak, bizonyos gyógyszerek kiegészítő szedésének? Ezen kívül nem elhanyagolható szempont az sem, hogy a szerhasználat milyen formában (injektálással, elszívással, felszippannással) történik.²⁹

Mindemellett nem találunk definíciót a börtönbeli kábítószer-problémára sem, ami jelentheti a börtönnépességben belül a kábítószerrel összefüggő bűncselekményeket elkövetők arányát, a kábítószerfogyasztók arányát, de ugyancsak problémának tekinthetjük magát a kábítószerfogyasztást, és az ehhez szorosan kapcsolódó fertőző betegségek terjedését is. Akármelyik tényezőt vizsgáljuk is a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának már hivatkozott 2005. évi jelentése mindegyik esetben a negatív tendenciáról tesz említést.³⁰

A kábítószerfogyasztásra és a kábítószerfogyasztókra vonatkozó egységes meghatározások ellenére számos tanulmány,³¹ és az Európai Drogmonitorozó Központ

²⁸ Stöver, H. – Weilandt, C.: i.m.86. p.

²⁹ E témáról bővebben: Stöver, H. – Weilandt, C.: Drug use and drug services in prisons. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007. 87-88. pp.

³⁰ Fliegauf Gergely: A börtönlázadás – okok, befolyásoló tényezők, prevenciós stratégiák (2. rész). Börtönügyi Szemle 2007/2. szám 42. p.

³¹ Lásd például Stöver, H.: Drug substitution treatment and needle exchange programs in German and European prisons. Journal of Drug Issues, 2002/34. 573-596. pp; Dolan, K. et al. Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. London, 2004., Fliegauf Gergely: Az európai büntetés-végrehajtási rendszerek kábítószerügyi stratégiái. Börtönügyi Szemle 2005/1., Macdonald, M.: A study

(EMCDDA)³² jelentései is leszögezik, hogy a szabadságvesztés alternatívái ellenére egyre több drogfogyasztó kerül börtönbe, így az elítélti populációban a kábítószer használók túlréprezentáltak. Általánosságban az is elmondható, hogy azok a fogvatartottak, akik a szabadságelvontatást megelőzően már fogyasztottak kábítószer, gyakorta a börtön falai között is folytatják e tevékenységet. De arra is igen szép számban akad példa, hogy ebben a környezetben kezdődik a drogfogyasztói magatartás. Tekintettel arra, hogy sok országban a szigorú drogpolitika folyamánként nagyszámú drogfogyasztó bebörtönzésére, majd a büntetés letöltését követően szabadon bocsátására kerül sor évente, a börtönrendszer körforgásában lévő kábítószerélvezők a fogvatartotti népesség meghatározó hányadát alkotják. Ez a tényező pedig alapjaiban befolyásolja a büntetés-végrehajtási viszonyokat, és nincs ez másképp az európai börtönrendszerek esetében sem.

A kábítószer börtönökön belüli jelenléte ugyanis szükségszerűen kihat mind a fogvatartottak egymás közötti, mint pedig a fogvatartottak és a végrehajtási személyzet viszonyára. Egyes vélemények szerint³³ a börtönök szubkulturájában a drogfogyasztók gyakorta a hierarchia alsóbb részén helyezkednek el, mert őket vádolják az újabb, avagy megszigorított kontroll eljárásokért, biztonsági intézkedésekért, emellett a többi fogvatartott diszkriminációval is szembe találják magukat, például a fertőző betegségek transzmissziójától való félelem miatt. E nézetekkel szemben olyan vélemények is megfogalmazódtak,³⁴ hogy az egyén számára a tiltott drog fogyasztása a belső hierarchián belül magasabb státuszt eredményezhet.

A fogvatartottak és a végrehajtási személyzet oldaláról megvilágítva számos biztonsági intézkedés célja a drogfogyasztás és a drogokkal való kereskedelem ellenőrzése, visszaszorítása. Mind az egészségügyi személyzetnek, mint pedig a biztonsági feladatokat ellátó végrehajtási alkalmazottnak szembe kell nézniük a fogvatartottak drogfogyasztásának következményeivel. A napi börtönrutin során ugyanis sorra jelentkeznek a kábítószerrel összefüggő problémák: a túladagolásból származó halálesetek, illetve a drogok által okozott sürgősségi esetek például a rossz minőségű, kétes tisztaságú szerfogyasztásból, az injektló drogfogyasztás esetén az eszközök többek általi közös használatából adódóan, és nem utolsósorban a fertőző betegségek (leginkább a HIV, illetve a hepatitis) megjelenése, terjedése okán. A börtönök vezetése számára ezért számos országban jelentős gondot okoz e problémák

of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. London, Cranston Drug Services, 2004.

³² Az elnevezés a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontját takarja.

³³ Itt Stöver 2002-es „Drug and HIV/AIDS services in European prisons” című munkájára hivatkoznék.

³⁴ Huszár László: Kábulat. Drog és börtön. Kezelési módok. Börtönügyi Szemle 1994/4. 22. p.

kezelése, másrésről egyre nagyobb társadalmi nyomás nehezedik rájuk a drogmentes börtönök megteremtéséért. Emellett a kábítószeres börtönbeli jelenlétének elismerése esetén számolni kell azzal a reakcióval, amely a büntetés-végrehajtást vádolja a biztonsági szabályok nem megfelelő alkalmazásáért. Ezzel is összefüggésbe hozható az a körülmény, hogy igen jelentős azon börtönigazgatások száma, melyek tagadják, illetve elutasítják a börtönbeli drogfogyasztást.³⁵ Ez a helyzet pedig sajátos paradoxont eredményez. Azzal ugyanis, hogy a különféle kábítószeres börtönökben ténylegesen jelen vannak, a hatóságoknak megoldást kell találniuk egy olyan problémára, mely saját állítások szerint nem is létezik.

Az európai börtönökben megfigyelhető drogfogyasztás legfőbb ismérveit Stöver 2002-es összefoglaló munkájából ismerhetjük meg.³⁶ A tanulmány rámutat arra, hogy az illegális szerhasználat az európai végrehajtási környezetben egészen az 1970-es évekre tekint vissza, amikor a fogvatartottak körében a megosztott túhasználat igen jelentős méreteket öltött, azaz nem újkeletű jelenségről van szó. A tanulmány leszögezi, hogy jelenleg a börtönökön kívül fellelhető és beszerezhető drogok a végrehajtási intézetekben is jelen vannak, de ezek tisztasága és összetétele jóval rosszabb, mint a kinti társadalomban. A börtönökben elérhető drogok közül a kannabisz, a kokain, a heroin és az amfetaminok örvendenek nagy népszerűségnek. Emellett egyre inkább jellemző a fogvatartottak körében a politoxikománia, azaz többféle készítmény (például kábítószer, alkohol, gyógyszer) együttes kóros fogyasztása.

Az illegális drogok mellett tehát külön kell szólni a legális szerekről, drogokról, mint a nikotin, a dohány, az alkohol, illetve a felírt gyógyszerek, melyek fogyasztása szerfüggőséghez vezethet, illetve különféle egészségi problémákat eredményezhet. Néhány országban a fogvatartottak körében leginkább használt szer az alkohol, illetve a dohány. Franciaországban például a befogadott fogvatartottak 1/3-a számolt be jelentős mértékű alkoholfogyasztásról.

Az illegális drogfogyasztás előfordulása egyébiránt intézetenként változó, de elsősorban a nagyobb börtönökre, a női végrehajtási intézetekre, a nagyvárosok vonzáskörzetében lévő, illetve azon intézményekre jellemző, melyek rövid tartamú fogvatartást biztosítanak. Ezzel szemben kevésbé figyelhető meg az őrizeteket fogvatartó intézetekben, lévén azokban a drogok szervezett kereskedelmi hálózata nem épült ki.

³⁵ A kábítószer-probléma hivatalos felismerése és elismerése a kelet-európai országokban csak az elmúlt 6-7 évre tehető. Azt megelőzően ugyanis a hivatalos jelentések tagadták a kábítószeres előfordulását a börtönökben. A térség azon országaiban, ahol a kábítószeres mégsem érhető el, ennek okai elsősorban a fogvatartottak anyagi helyzetében keresendők, illetve abban a körülményben, hogy a börtön közelében lévő településeken a drogokhoz való hozzáférés nehézségekbe ütközik. Bővebben: *Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from central and eastern Europe.* London, Cranstoun Drug Services, 2004. 48. p.

³⁶ *Stöver, H.: Drug and HIV/AIDS services in European prisons.* Oldenburg, BIS-Verlag, 2002.

A drogfogyasztással összefüggő további kulcsinformáció, hogy a szerhasználat gyakorisága a szabadságelvonást követően általában visszaesik, aminek oka lehet a korlátozott kínálat, esetleg tükrözheti a fogvatartottak arra irányuló törekvését is, hogy csökkentsék, illetőleg abbahagyják a drogfogyasztást. A szabadságvesztés, a szabadságelvonás azonban önmagában ritkán motiváló tényező a kábítószerfogyasztás redukálására, az azzal való felhagyással, azaz döntően a hozzáférés nehézségei és a felfedezéstől való félelem késztetik a rabokat a drogfogyasztás gyakoriságának ritkítására. A napi rendszerességgel történő drogfogyasztás ilyenformán a fogvatartottak elhanyagolható kisebbségére jellemző csak. Amennyiben pedig a fogvatartott képes az absztinenciára, az gyakorta az általános egészségi állapotának javulását idézi elő. Fontos annak hangsúlyozása is, hogy a fogvatartottak számottevő hányada számára a végrehajtási intézetekben, illetve azok által biztosított egészségügyi szolgáltatások a szabadságelvonást megelőzően tulajdonképpen elérhetetlenek voltak, így a bebörtönzés egyfajta lehetőséget teremt az egészségi állapot javítására.

A szerhasználat oka lehet egyes fogvatartottaknál az unalom elűzése, bár jellemzőbb inkább, hogy a krízis-szituációk (rossz hírek, az elítélés, erőszak stb.) könnyebb megélésére/átélésére szolgál. Erről az oldalról nézve a szabadságelvonás tulajdonképpen maga szolgáltatja az okokat a kábítószerélvezethez, a drogozás folytatásához, avagy egy „tisztá” időszakot követő visszaeséshez.

Számos országban megfigyelhető a drogfogyasztási szokások változása, ami a mennyiség mellett a kábítószer típusára is vonatkozik. Széles körben elterjedt ugyanis, hogy az egyébként preferált szer helyett a fogvatartottak másik szer fogyasztására állnak át. Ennek hátterében a kedvelt drog elérhetetlensége, de a végrehajtás által időnként alkalmazott drogtesztek is állhatnak, amelyek pozitív eredmény esetén a fogvatartottak felelősségre vonását jelenthetik. A megbüntetésről, a kedvezmények megvonásától való félelem eredményezi a kábítószer típusának megváltoztatását, amikor a fogvatartottak az egyébként közkedvelt, de a vizeletben még 30 nap után is kimutatható kannabisz helyett a heroint választják. Ez utóbbi ugyanis a szervezetből jóval hamarabb, hozzávetőleg 32 óra elteltével kiürül, így a drogfogyasztás kimutathatósága és a lebukás kockázata is kisebb, másrésről azonban a heroin injektálással való bejuttatása a szervezetbe számos egészségre ártalmas veszélyt rejt magában.

Az injektáló drogfogyasztás esetén, az intravénás használat során ugyanis fennáll annak a veszélye, hogy az esetleges szennyezőanyagok közvetlenül a vérkeringésbe kerülnek, illetőleg mivel a drog nyomban a véráramba és másodpercek alatt az agyba jut, fokozottan

számolni kell a túladagolással is. Az injekciózás esetén emellett az eszközök (fecskendő, kanál, szűrő stb.) megosztott használata kedvez a különféle fertőző betegségek, elsősorban a HIV és hepatitis kialakulásának. A HIV transzmissziójának fő kockázati forrását pedig éppen az injekciós droghasználat jelenti. Mindazon esetekben ugyanis, amikor az intravénás drogfogyasztás nagyarányú, és ez a steril injektáló eszközök hiányával párosul, az eszközök közös, megosztott használatának elszaporodása figyelhető meg, ami ezen fertőző megbetegedések igen gyors elterjedését teszi lehetővé.³⁷

Stöver tanulmánya arról számol be, hogy Európában 16-60%-ra tehető azok számaránya, akik a szabadságvesztést megelőzően megkezdett injektáló drogfogyasztást a börtön falain belül is folytatják. Az injektáló kábítószerélvezők 7-24%-a pedig azt állította, hogy e tevékenységet a bebörtönzés tartama alatt kezdte el.

Szükséges továbbá annak ismételt hangoztatása, hogy a megosztott eszközhasználat általános jelenség az injektáló drogosok körében,³⁸ és az is jellemző, hogy míg az injektáló drogfogyasztás gyakorisága – összehasonlítva a bebörtönzést megelőző időszakokkal – visszaesik, míg ezzel párhuzamosan nő az ugyanazon eszközt közösen használók száma. A közös eszközhasználat mellett a steril tűk, fecskendők hiánya azt eredményezi, hogy a börtönökben folyó injektáló drogfogyasztás jóval veszélyesebb és ártalmasabb, mint a szabad társadalomban és táptalajul szolgál a fertőző betegségek, elsősorban a HIV és a hepatitis kialakulásának, valamint transzmissziójának. A rendelkezésre álló adatok alapján az újonnan diagnosztizált HIV fertőzötteken belül Litvániában például 77,3%, Lettországból 54,6%, Lengyelországban 34,8% volt a fecskendőt használók aránya 2003-ban.³⁹

Indokolt és fontos ezért a kábítószer-injektálást a *problémás kábítószer-használat* alapkategóriájaként kezelni.⁴⁰ Itt jegyezném meg, hogy a problémás kábítószer-fogyasztók az esetek nagy részében mentális rendellenességben is szenvednek, azaz társuló betegségekről, a személyiségzavar és a droghasználat együttes előfordulásáról van szó. A kábítószer-fogyasztók kezelésekor ezért a komorbiditás lehetőségét, és a büntetés-végrehajtási közegben

³⁷E témáról bővebben: Csernus Eszter-Sárosi Péter: A HIV és a hepatitis járvány megfékezése az injekciós droghasználók körében. Addiktológia 2005/4. 338-369. pp.

³⁸Az Európai Drogmonitorozó Központ 2000-es Jelentése a megosztott eszközhasználat arányát a fogvatartottak körében például 70%-ban jelölte meg. EMCDDA, Annual Report on the State of Drug Problems in the European Union, 2000., <http://www.emcdda.eu.int>

³⁹Weilandt, C.-Eckert, J.-Huisman, A.: Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU, Bonn, 2005. 12. p.

⁴⁰A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése 64-65. pp.

azt is figyelembe kell venni, hogy a mentális problémákat a szabadságelvönás tovább súlyosbíthatja.⁴¹

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja már hivatkozott 2005. évi jelentésének becslése szerint az EU-ban a problémás drogfogyasztók létszáma 1,2 és 2,1 millió közé tehető,⁴² míg az elítélti populáción belül a kábítószer-élvezők 22-86%-ot képviselnek. A jelentéshez felhasznált tanulmányokból az derült ki, hogy az elítéltek 8-60%-a fogyasztott kábítószerrel a szabadságvesztés büntetés tartama alatt, illetőleg 10-42%-uk rendszeres fogyasztásról számolt be, az injekciós használat pedig átlagosan 15% és 50% között mozgott.⁴³ Az Európai Közösségek Bizottságának 2005. decemberében napvilágot látott közleménye az ENSZ becslésére hivatkozva az intravénás kábítószer fogyasztók létszámát a világon 13 millióra becsülte, ebből az oroszországi drogosok száma 1,5 milliót tett ki.⁴⁴

A problémás kábítószer-használók számának további növekedése valószínűsíthető a közép,- és kelet-európai régióból Észtországban, Romániában, Szlovákiában.⁴⁵ Észtország esetén például az Igazságügyi Minisztérium 2003-ra vonatkozó adatai a kábítószer használó fogvatartottak 73%-ánál jeleztek heroin injektálást és 10%-nál amfetamin használatot.⁴⁶ Az EU lisszaboni Kábítószerügyi Központjából származó adatok emellett emelkedő tendenciát mutatnak Ausztria, az Egyesült Királyság és a skandináv államok közül Dánia, Finnország, Svédország, Norvégia esetében.⁴⁷ Az Egyesült Királyságra vonatkozó 2003-as adatok a problémás kábítószer-használók arányát 55%-ra becsülték. Megjegyezhető ugyanakkor, hogy a kötelező drog teszt bevezetésével a pozitív tesztek száma 2003-ra az 1996/97-es 24,4%-ról 11,7%-ra csökkent.⁴⁸ Finnország esetében 2003-ban a nyitott végrehajtási intézetekben végeztek drogtesztet a fogvatartottak 90%-ánál.⁴⁹ Közülük 10,7%-nál volt pozitív az

⁴¹Célpontban a kábítószer. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának tájékoztató kiadványa. 2004/14., <https://www.emcdda.eu.int>

⁴²A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése. Kommentár 2. p.

⁴³A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése 85-86. pp.

⁴⁴Az Európai Közösségek Bizottságának közleménye a Tanácsnak és az Európai Parlamentnek az Európai Unióban és a szomszédos országokban a HIV/AIDS ellen folytatott küzdelemről (2006-2009)

⁴⁵MacDonald, M.: A study of the health care provision, existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. HEUNI Paper No. 23. , Helsinki, 2005. 9. p.

⁴⁶2004 National Report to the EMCDDA: *Estonia*. New developments, trends and in-depth information on selected issues 84-85. pp.

⁴⁷A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése 64 p.

Itt jegyezném meg, hogy az összehasonlító elemzés az 1999-től a 2003-ig terjedő időszakig 16 ország esetében vizsgálta a problematikus kábítószer-használat előfordulását a 15-64 éves populációban.

⁴⁸2004 National Report to the EMCDDA: *United Kingdom*. New developments, trends and in-depth information on selected issues. 58. p.

⁴⁹Megjegyzés: 2003-ban a nyitott börtönökben 2.920 volt a fogvatartotti létszám.

eredmény. A vizsgálatok alapján az amfetamin-fogyasztás 1,6%-os volt, a fogvatartottak 0,9%-a kannabiszt, 0,3%-a pedig heroint használt.⁵⁰

Az Orvosok Határok Nélkül elnevezésű szervezet által Oroszországra vonatkozóan közzétett adatok szerint 1087 fogvatartottból 43% injektált drogot élete során, 20% ezt a tevékenységet a végrehajtási intézetben is folytatta, míg 13,5% esetén a végrehajtási környezetben került először sor a drogfogyasztás ezen formájára. Az érintettek 64%-a olyan injektáló eszközt használt, melyet más, vagy mások már korábban használtak.⁵¹

Egy a litván végrehajtási intézetekben 2003. áprilisa és augusztusa között végzett kérdőíves felmérésből az derült ki, hogy a fogvatartottak 13,8%-a fogyasztott drogot és 39,8% esetén a drogfogyasztásra elsőként a végrehajtási intézetben került sor. A fogvatartottak legnagyobb hányada (52,1%) a végrehajtási intézetben intravénásan adagolta magának a kábítószer, 2,4% használt pirulákat, illetve ugyanilyen százalékban fordult elő a szer felszippantása is. A kábítószer elszívását 6,5%-a jelölte meg a fogvatartottaknak, míg 36,7% az előbb felsorolt módszerek kevert változatát részesítette előnyben. Többségük (55,6%) számára a pszichotróp anyagokhoz való hozzáférés a válaszok alapján nem okozott nehézséget és az is kiderült, hogy a kábítószerfogyasztás döntő oka esetükben a problémák távoltartása volt. A vizsgálati eredmények alapján szembetűnő, hogy azon börtönlakók között, akik a végrehajtási intézetben próbálták ki először kábítószer, több mint 50% (51,7%) az intravénás használat mellett döntött.⁵²

A drogprobléma megállíthatatlanságára hívta fel a figyelmet Skóciában a glasgow-i Caledonian Egyetem jelentése, mely szerint a skóciai börtönökben néhány, egyébként drogmentes szárnyat az illegális drogok elárasztottak, és e szerek szabadon mozogtak a börtön körforgásában. Egyedül a 2005-ös évben közel 2000 kábítószeres csomag lefoglalására került sor. Más források szerint a 6200 fogvatartott harmada használt drogot az előző hónapban, közülük 128 injektálással. 78-an az injektáló eszközt másokkal megosztva használták.⁵³ A drogfogyasztás ilyen riasztó méreteire reagálva a Skót Börtönszolgálat Aberdeenben a Craiginches börtönben, ahol különösen magas a drogfogyasztás, kábítószeres csomagot (fecskendő, törülőkendő, filter stb.) biztosít a fogvatartottaknak, ami megfelel a későbbiekben részletesen tárgyalandó tűcsere-programokban alkalmazott készletnek. Ezen

⁵⁰2004 National Report to the EMCDDA: *Drugs in Finland*. New developments, trends and in-depth information on selected issues. 60-61. pp.

⁵¹Bővebben: (Medecins Sans Frontieres) Health Promotion Program in the Russian Prison System: Prisoner Survey 2000.

⁵²Narkauskaite, L. – Juozulynas, A. – Mackiewicz, Z. – Surkiene, G. – Prapiestis, J.: The prevalence of psychotropic substance use and its influencing factors in lithuanian penitentiaries. *Medical Science Monitor*. 2007/3. 131-135. pp.

⁵³Timesonline, September 21, 2006., www.timesonline.co.uk/article/o,,2-2367765,00.html

ártalomcsökkendő kezdeményezés célja mind a fogvatartottak, mint pedig a végrehajtási személyzet egészségének védelme a HIV és a hepatitis fertőzésekkel szemben.⁵⁴

Az európai börtönök kábítószer-helyzetét bemutató tanulmány és az egyes országok kábítószerfogyasztásra vonatkozó adatai alapján leszögezhető, hogy számos állam kénytelen szembesülni a börtönbeli drogfogyasztással, a börtönnépességen belül a drogfogyasztók meghatározó hányadával és az injektló drogfogyasztás terjedésével. A szigorú drogpolitikát képviselő országokban szükségszerű jelenség, hogy mind több kábítószerélvező személy kerül végrehajtási intézetben, azaz esetükben a kezelés helyett a szabadságelvonó büntetés jelenti az állam válaszlépését a tiltott szerhasználatra. Egyrésztől számolni kell azzal, hogy a korábban már szerhasználók e tevékenységüket a börtönök falain belül is folytatják, másrésztől vagy ezen kábítószerfogyasztók hatására, vagy ettől függetlenül a börtönlét könnyebb megélhetősége, elviselhetősége érdekében olyan személyek is fogyasztókká válhatnak, akik korábban tartózkodtak a szerhasználatról.

Napjainkra már tényként kezelhetjük, hogy a személyi szabadság elvonása nem állja útját a drogfogyasztás folytatásának, a feketepiacon fellelhető és elérhető kábítószer a biztonsági ellenőrzések ellenére is megtalálják az utat a végrehajtási intézetekbe. A végrehajtás tényéből adódóan ugyanakkor jellemzően korlátozott és egyúttal akadozó kínálat áll a fogvatartottak rendelkezésére, ami szükségszerűen kihatással van a szerhasználat gyakoriságára. A fogvatartás ténye így minőségi és mennyiségi változásokat eredményez a drogfogyasztásban. A korlátozott hozzáférhetőség miatt a fogyasztók kevesebb alkalommal élhetnek a szerhasználat lehetőségével és gyakorta rosszabb minőségben. A kábítószerfogyasztás gyakoriságában történő visszaesés az injektló drogosok számára a börtönkörnyezetben pedig nem feltétlenül előnyökkel jár, hanem egy egészségügyi szempontból jóval veszélyesebb és ártalmas drogfogyasztói magatartást eredményez. Steril injektló eszközök hiányában a fogvatartott a többi fogvatartottal közös, megosztott használatra kényszerülhet. A szabadságelvonás ténye így esetükben két egymással ellentétes irányú folyamatot indít el: amíg ugyanis pozitívként kell értékelnünk az intravénás használat gyakoriságának visszaesését, addig hatványozottan nagyobb veszélyt rejt magában az injektló eszközök megosztott alkalmazása. Ez utóbbi magatartás ugyanis táptalajául szolgál a különféle vér útján terjedő fertőző betegségek, elsősorban a HIV és a hepatitis transzmissziójának. Számolni kell továbbá azzal is, hogy a drogfogyasztó fogvatartottak sok

⁵⁴ENDIPP News: Prisoners will get drug-taking kits.

www.endipp.net/index2.php?option=com_content&task=view&id=136&pop=1

esetben a függőséggel összefüggő elvonási tünetek mellett számos más egészségi problémával is küzdenek: a legyengült immunrendszer, az elhanyagolt egészség miatt különféle fertőző betegségek jelentkezése, mentális egészségi gondok esetükben egyaránt előfordulhatnak. Bebörtönzésük pedig nem feltétlenül jár együtt az egészségi állapotuk javulásával, hanem teret adhat további megbetegedéseknek.

Jellemző továbbá, hogy sok esetben a drogfogyasztói szokásokban is változás következik be. Ez részint a kínálat korlátozott voltára vezethető vissza, de e jelenséget befolyásolhatja a drogtesztek alkalmazása is. A pozitív eredménytől, azaz a felelősségre vonástól való félelem ilyenformán szerepet játszhat abban, hogy a drogfogyasztók olyan szerek használatát részesítik előnyben, melyek a szervezetből rövid időn belül kiürülnek. Ezzel magyarázható például az egészségre több tekintetben ártalmas, nagyobb függőségi potenciállal járó heroin használata.

Összességében elmondható tehát, hogy a drogprobléma kezelése nem korlátozódhat a kínálat visszaszorítására, a biztonsági előírások szigorítására, hanem az egészségügyi tényezőket, az egészség védelmét is szem előtt kell tartani. Ezért is lehet nagy jelentősége a bebörtönzés helyett a kezelés elvét érvényesítő törekvéseknek, melyek a túlszűfolt börtönökkel szemben nemcsak költségkímélőbb alternatívát jelentenek, hanem a drogproblémával küzdő egyénre betegként tekintenek, aki kezelést, egészségügyi ellátást igényel.

III.1. A drogfogyasztáshoz kapcsolódó szolgálatok a végrehajtási intézetekben

A korábban elmondottakból kitűnően számos büntetés-végrehajtás számára okoz gondot a drogfogyasztó fogvatartottak egészségi problémáinak kezelése. Tekintve, hogy a végrehajtási intézetek nem gyógyászati intézmények és gyakorta megfelelően képzett egészségi személyzet sem áll rendelkezésre, a drogfogyasztáshoz kapcsolódó egészségügyi kérdések megoldása komoly kihívást jelent. Különösen igaz ez azokban az esetekben, amikor a szabadságelvonás rövid tartamú, hiszen az ellátás, a kezelés sikere nagyban függ a beavatkozás tartamától. Másrésztől azonban a bebörtönzést sok fogvatartott esetében nem lehet hiábavalónak tekinteni, lévén olyan egészségügyi ellátáshoz, illetve szolgáltatásokhoz jutnak hozzá, melyekre a szabadságelvonást megelőzően nem volt lehetőségük.

A bebörtönzés tényéből adódóan a fogvatartottak vagy önként, vagy kényszer hatására, de változtatnak addigi kábítószer-fogyasztási szokásaikon: visszaesik a szerhasználat gyakorisága, változik a minőség, a mennyiség, az alkalmazott drog fajtája, de sok esetben

továbbra sem hagynak fel a drogfogyasztással. Mivel a drogokhoz való hozzájutás viszonylag könnyű a fogvatartás alatt, ezért a drogfogyasztás illegális volta ellenére annak elvárása és megkövetelése, hogy minden fogvatartott kezdjen drogmentes életet nem lehet reális célkitűzés. Azok számára, akik fel kívánnak hagyni a szerhasználattal a végrehajtási intézetek elsősorban *detoxikációval, absztinencia alapú programokkal, drogmentes-részlegek* felállításával igyekeznek segíteni. Amennyiben pedig a drogfüggő nem tud változtatni életvitelén, még nem áll készen a leszokásra, a később részletesen bemutatásra kerülő *ártalomcsökkentő szolgáltatások* jelenthetnek megoldást. A tapasztalatok azt mutatják, hogy ez utóbbiak nem ássák alá a drogfogyasztás csökkentésére irányuló törekvéseket, pragmatikus intézkedésekről van, melyek nem járnak a szerhasználat növekedésével, hanem a drogfogyasztó életminőségének javítására és a használattal járó ártalmak minimalizálására irányulnak.

Az 1998. márciusában Oldenburgban megrendezett Börtön és kábítószeres című konferencián elfogadott európai ajánlás megfogalmazása szerint a börtönökön belül folyó drogsegítő tevékenység alatt érteni kell az ártalomcsökkentő módszereket, a teljes mentességen alapuló kezeléseket, a szubsztitúciós kezeléseket, de szükség van a leszokni vágyó, illetve nem drogfogyasztó fogvatartottak számára drogmentes részlegek felállítására is.⁵⁵

Jelenleg a kábítószer fogyasztó fogvatartottak számára biztosított szolgáltatások a detoxikáció, az absztinencia-alapú programok és a különféle ártalomcsökkentő kezdeményezések mellett többek között prevenciós stratégiákat takarnak. Ez utóbbiak oktatási, képzési tevékenységekben, tanácsadásban, oktatásban öltenek testet. Mindemellett a drogszolgáltatások részét képezik a szabadulást megelőző, valamint az utógondozói programok is. E két utóbbi különösen nagy jelentőséggel bír a drogfogyasztó fogvatartottak számára, hiszen esetükben a visszaesés és a túladagolás kockázata rendkívül magas. A legtöbb fogvatartott számára a szabadulást követő első 2 hét jelenti a legnagyobb veszélyt. Jellemző, hogy minél hosszabb a bebörtönzés tartama, annál nehezebb az egyén számára a hétköznapi életbe történő visszaszokás. Mivel sokan nehezen tudnak alkalmazkodni a megváltozott környezethez, gyakorta visszatérnek régi szokásaikhoz, így a drogfogyasztáshoz is, mégpedig hasonló mennyiséget és minőséget alkalmazva, mint a szabadságelvonást megelőzően. Ez pedig rendkívüli kockázattal jár még azokban az esetekben is, amikor a

⁵⁵ Prison and Drugs 1998: European Guideline recommendations.

www.uni-oldenburg.de/devianz/de/proj/infekt/infekt21.html és Karsai Krisztina: Börtön és Drog. Új megoldások. Lehetséges alternatívák. Börtönügyi Szemle 2000/3. 85. p.

fogvatartás rövid tartamú volt, mivel ilyenkor a kis adag is életveszélyes lehet. Ezért kell nagy hangsúlyt fektetni a szabadítást megelőző programokra, illetve az utógondozásra, melyek szignifikánsan képesek csökkenteni a visszaesést és életet menthetnek.

A rendelkezésre álló adatok alapján az Európai Unió országaiban szinte minden börtönben megtaláljuk a *detoxikációs lehetőségeket*, amelyek azt a célkitűzést követik, hogy a fogvatartott szermentes legyen és törekedjen ennek az állapotnak a megtartására úgy a börtönben, mint pedig a szabadulást követően. A detoxikációs programok formájukban és tartamukban is igen különböznek egymástól. A detoxikációs politikák pedig országonként, illetve gyakorta régióként eltérést mutatnak, illetve maguk a programok is sokszínűek.

Írorszában például a detoxikációnak két formája különül el egymástól: az egyik 14 napos, míg a másik intenzívnek nevezett program tartama 13 hét. A programok befejeztével a fogvatartottakat vagy átszállítják a drogmentes félig nyitott börtönök kezelési egységeibe, vagy engedélyezik számukra az átmeneti szabadulást. Európa más részein, így például Angliában post-detoxikációs központokkal is találkozunk.

Az *absztinencia-orientált kezelések* speciális lehetőségeket, terápiás közösségeket biztosítanak a fogvatartottak számára, melyeket a börtönök elkülönülő részében alakítanak ki. Ezen terápiás közösségek intenzív kezelési programokat nyújtanak azon fogvatartottaknak, akik súlyos drogfüggő múlttal rendelkeznek és ítéleti tartamukból még minimum 12-15 hónap van hátra. Az intenzív kezelés 24 órás ellátást és átfogó rehabilitációs szolgáltatásokat takar. A legtöbb program alapját a viselkedési modellek és a konfrontációs technikák kombinációja szolgáltatja. A program befejezése általában 3-12 hónapot igényel, a terápiás közösségek ugyanakkor gyakorta biztosítják a kezelés folytatásának a lehetőségét közösségi alapú utógondozás formájában.

Európában az elítéltek számára börtönökön kívül terápiás közösségekkel is találkozhatunk. Svédországban például a fogvatartott számára engedélyezhetik, hogy miközben tölti a büntetését a börtönön kívüli terápiás közösségben helyezték el. Ebben az esetben nem a büntetés felfüggesztéséről van szó, hanem egy a szabadulásig tartó alternatív elhelyezésről. További lehetőség, hogy a bíróság a drogfüggő személlyel szemben próbára bocsátás mellett megállapodáson alapuló kezelést rendeljen el. Ez abban az esetben lehetséges, ha egyértelmű a kapcsolat a függőség és az elkövetett bűncselekmény között. Az érintett személynek bele kell egyeznie és vállalni a börtön helyett a kezelést. Amennyiben azt megszakítaná, vagy elhanyagolná, úgy a kezelés helyébe a szabadságvesztés lép. Hasonló modell érvényesül Görögországban is, ahol 7-10 hónap fogvatartást követően a drogfogyasztó kérvényezheti az ügyészségtől, hogy kezelése a börtönön kívül folytatódjon.

Napjainkban az Európai Unió tagállamaiban is mind jobban teret talál magának az a szemlélet, hogy a drogfogyasztók börtönbüntetését gyógykezeléssel kell felváltani. Ezt szorgalmazza az EU 2005-2008-as időszakra vonatkozó kábítószer-ellenes cselekvési terve, mely az alternatívák továbbfejlesztése mellett, azok hatékony alkalmazását szorgalmazza. A megfelelő gyógyellátás biztosítása mellett ez a szabadságelvonást felváltó megoldás segíthet a börtönök túlszűfoltóságának enyhítésében és egyúttal költségkímélőbb is. A nemzeti joganyagokban felkínált alternatívák révén a szabadságelvonás elkerülhető, késleltethető, kiváltható vagy kiegészíthető. A legtöbb országban a gyógykezelést bentlakásos formában biztosítják, de lehetőség van a járóbeteg-ellátó programban való részvételre is. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az eredményes kezelés kulcsa, ha a kábítószerfüggő személy kellő motivációval rendelkezik a terápia iránt.⁵⁶

A drogmentes környezet biztosítására az 1990-es évek óta mind több végrehajtási intézet alakít ki *drogmentes részlegeket, szárnyakat*, illetve egyre gyakoribb elnevezéssel drogmentes zónákat. Ezen egységek biztosítani kívánják a fogvatartottaknak, hogy távol tarthassák magukat a börtönök kábítószeres hatásaitól, a drogpiactól. A fogvatartottak részvétele a részlegekben önkéntes. Az érintettek azt vállalják – esetenként szerződéssel –, hogy szermentesek maradnak, nem hoznak be drogot a részlegbe, és egyúttal alávetik magukat az időszakos, gyakorta drogtesztel párosuló egészségügyi ellenőrzésnek. Cserébe a börtönök az átlagoshoz képest kedvezőbb végrehajtási feltételeket biztosítanak számukra, ami például külső munkavégzésben, gyakoribb családi látogatásokban, intézetelhagyásokban nyilvánul meg. Dániában például a fogvatartottak kérvényezhetik drogmentes részlegekben való elhelyezésüket. A részvétel feltétele egy nyilatkozat aláírása, melyben azt érintettek vállalják, hogy drogmentesek maradnak, alávetik magukat a vizeletvizsgálatoknak és együttműködnek a börtönszeméllyel, cserébe a kedvezőbb végrehajtási feltételekért és egyéb előnyökért.

A drogmentes egységek mintájára egyes országokban a fogvatartottak és a végrehajtás közötti szerződésen/megállapodáson alapul kezelési egységek is felállításra kerültek. Ezek lényege, hogy a fogvatartottaknak egy megállapodásban kell vállalniuk, miszerint nem fogyasztanak drogokat a részlegben, ennek ellenőrzésére elfogadják a szűréseket és egyúttal aktív szereplői lesznek a közösség életének. Az itt tartózkodás célja tehát, hogy a fogvatartott drogmentes legyen, vagy legalábbis motivációt kapjon arra, hogy a szabadulását követően folytassa a kezelést. A részlegek jellemzően csoportterápiával dolgoznak és egyúttal arra is

⁵⁶ EMCDDA annual report 2005: selected issues. Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU., <http://issues05.emcdda.eu.int>

lehetőséget kínálnak, hogy a résztvevők szakemberekkel kerüljenek közelebbi személyes kapcsolatba és elbeszélgessenek azokkal.

Fontosnak tartom kiemelni, hogy az egyes börtönrendszerekben a végrehajtások által nyújtott drogszolgáltatások köre és a különféle beavatkozások elérhetősége, hozzáférhetősége terén jelentős különbségek figyelhetők meg. A Börtönbeli Droghasználat és Fertőzések Megelőzésének Európai Hálózata (ENDIPP) által 2006-ban publikált tanulmány⁵⁷e kérdéskörhöz kapcsolódóan 9 Európai Unió tagállam országjelentését felhasználva vizsgálta a drog- és alkoholfogyasztó fogvatartottaknak nyújtott beavatkozásokat, szolgáltatásokat.

Az összehasonlító elemzésből kiderült, hogy Ausztriában például a felnőtt férfi börtönnépesség körülbelül 30%-a, és a nők 20%-a esetén drog-, és alkoholproblémák figyelhetők meg.⁵⁸ A Bécsben található Favoriten börtön kifejezetten a drogfogyasztók kezelését ellátó terápiás intézmény, amely 104 személy számára (férfiak és nők egyaránt) biztosít elhelyezést. Ezen kívül a drogokkal kapcsolatos szolgáltatások széles skálájával találkozhatunk. Így a kezelések mellett a különféle fertőzések megelőzését szolgáló beavatkozások is részei az ellátórendszernek, amely hangsúlyozottan az ártalomcsökkentésre fókuszál. A végrehajtási intézetek a detoxikáció lehetőségét valamennyi fogvatartott számára biztosítják. A drogmentes zónák 1995-ös bevezetése óta jelenleg 6 férfiakat fogvatartó intézet működik ebben a rendszerben 600 férőhelyes kapacitással. A nők számára ilyen jellegű elhelyezésre azonban nincs lehetőség. A kábítószermentes környezetbe való bekerülés feltételei között szerepel a szermentesség, még legalább 6 hónapnyi hátralévő ítéleti tartam és a drogtesztek elvégzésébe való beleegyezés.

A Cseh Köztársaságban a drog-, és alkoholprobléma a férfi fogvatartotti állomány 75%-át, míg a nők esetén azok 50%-át érinti.⁵⁹ Ennek ellenére a drogfogyasztók detoxikációját a 33 férfiakat fogvatartó intézményből 11 intézet, valamint az 1 női, illetőleg egyes börtön látja el. Az alkoholbetegek detoxikációjára csak a 11 férfi börtönben van lehetőség. Ezzel párhuzamosan a női fogvatartottak számára, illetve a többi végrehajtási intézet felében folyik alkohollal és drogokkal összefüggő oktatás. Drogmentes részlegek megtalálhatók valamennyi férfiakat fogvatartó intézetben, ugyanakkor a női végrehajtási intézetben ezzel a szolgálattal nem találkozhatunk. Terápiás közösségek felállítására 6 férfi,

⁵⁷ Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: Drug-free treatment and other interventions with drug and alcohol users/misusers in european prisons: a snapshot. European Network for Drugs and Infections Prevention in Prison, Cranstoun Drug Services, 2006. 1-21. pp.

⁵⁸ Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 7-9. pp.

⁵⁹ Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 9-10. pp.

illetve a női börtönben került sor, emellett az intézmények zömében visszaesés megelőző programok működnek.

Angliában és Walesben a drogproblémával küzdő fogvatartottak arányát a férfiak esetén 70%-ra, míg a nők esetén 60%-ra becsülték. Az alkohollal összefüggésben az adatok 66%-ban, illetve 40%-ban kerültek meghatározásra.⁶⁰ A kapcsolódó szolgáltatásokat tekintve 1999. októbere óta valamennyi intézetben megtalálhatók a drogszolgálatok, amelyek részint a végrehajtási személyzet, részint pedig külső specialisták bevonásával működnek. A drog-, illetve az alkohol-detoxikáció elsődlegesen az adott intézményen belül történik, ugyanakkor akut esetekben speciális egységek is igénybe vehetők, mégpedig 32 férfiakat, és 6 nőt fogvatartó intézetben. Bár központi adatok nem állnak rendelkezésre, nagyszámú drogmentes egység működik Anglia és Wales börtöneiben.

Hollandiában 40% és 60% közé tehető a drog-, valamint alkoholproblémákkal küzdő fogvatartottak aránya.⁶¹ A detoxikációs lehetőségeket valamennyi végrehajtási intézet biztosítja, míg az intézmények közel harmadában van lehetőség droggal és alkohollal kapcsolatos oktatási programokban való részvételre. 6 börtönben emellett rendszeresek az Anonim Alkoholisták összejövetelei. A mindösszesen 61 végrehajtási intézetből 14-ben találhatunk drogmentes egységeket. A drogmentes kezelési program részeként 14 egység biztosít önkéntes, míg 8 kötelező kezelést a fogvatartottak számára. Ez utóbbi a bíróság ítéletén alapul, ugyanakkor visszautasítható. Ebben az esetben az eredeti büntetés kerül kiszabásra és alkalmazásra.

Lengyelországban a drogokkal, illetőleg az alkohollal érintett személyek a férfi fogvatartottak körében 60-80%-ot képviselnek, míg ennél alacsonyabb arányszámok (30-50%) jellemzik a női végrehajtást.⁶² Amennyiben a fogvatartottnál a függőség szignifikáns szintjét állapítják meg, lehetőség van olyan börtönbe történő átszállításra, ahol terápiás program működik. Ezek száma 32-re tehető és 1106 személy elhelyezését teszik lehetővé.

Ezt alkalmazzák automatikus jelleggel azok esetében, akiket a bíróság kötelező kezelésre ítélt. A detoxikáció kevésbé súlyos tünetek mellett helyben, az adott intézményen belül történik, míg súlyos elvonási tünetek jelentkezésekor speciális börtönkórházba kerül a fogvatartott elhelyezésre, és kezelésre. Jelenleg 10 ilyen működik a rendszeren belül 250 férőhellyel. A drogokkal összefüggő kezeléseknél a férőhelyek száma 449, alkohol esetén pedig 657. A lengyel büntetés-végrehajtásban unikumnak számít azoknak a fogvatartottaknak

⁶⁰ Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 10-12. pp.

⁶¹ Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 14-16. pp.

⁶² Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 16-18. pp.

a programja, akiket alkohol, vagy drog hatása alatt elkövetett járművezetésért ítélték el. A 156 végrehajtási intézetből jelenleg 23 biztosítja ezt a programot.

A Portugáliából származó adatokból az derül ki, hogy a fogvatartottak 67%-a fogyasztott már drogot élete során és szignifikáns számuk ezt folytatta a végrehajtási intézetek falai között is, közülük 37% intravénás injektlás formájában.⁶³ A drog és alkohol kezeléseket nyújtó intézmények száma 49-re tehető, emellett drogmentes egységekkel is találkozunk 6 börtönben. Mindösszesen egy végrehajtási intézet biztosít terápiás közösséget a fogvatartottak számára, elhanyagolhatóan kevés, 45 férőhellyel. A drogmentes kezelési program részeként kísérleti jelleggel került bevezetésre a drogfogyasztók szabadulásra való felkészítése.

Az ugyancsak EU tagállam Szlovéniában 2005-ben az alkohol-problémák a férfi fogvatartottak 17%-át, a drogproblémák pedig 28%-át érintették.⁶⁴ A kapcsolódó egészségügyi és szociális szolgálatok valamennyi börtönben és igen széles körben fellelhetők. Így a fogvatartottaknak biztosítják a detoxikációt, fertőző betegségeket megelőző beavatkozásokat oktatással, a drogfogyasztók kezelését részint szubsztitúciós terápia formájában, részint pedig drogmentes kezeléssel, illetve a kábítószerekkel és az alkohollal összefüggő oktatást is megtaláljuk a szolgáltatások körében. A drogmentes egységek pedig ugyancsak részei a szlovén büntetés-végrehajtásnak.

Az Európai Unióhoz újonnan csatlakozó országokat vizsgálva csak Csehországban, illetve Szlovéniában találjuk meg a drogmentes részlegeket a végrehajtási intézetek több mint felében. Hazánkban, Észtországban, Litvániában, Lengyelországban és a Szlovák Köztársaságban is jelen vannak ezek az egységek, de számarányuk az 50% alatt marad. Lettországon és Máltán ilyen irányú kezdeményezéseket nem találunk.

A fogvatartottak kábítószer tesztelése az érintett tagállamok többségében és valamennyi végrehajtási intézetben megtalálható, míg hazánkban és a lengyeleknél ugyancsak elvégzik a szűrést, de arányait tekintve a börtönök kevesebb, mint felében. A Cseh Köztársaság, Málta és Szlovénia kivételével az országok többsége nem alkalmaz drogtesztet a befogadásakor, illetve a fogvatartottak hétvégi eltávozását megelőzően sem. Jellemző ugyanakkor, hogy véletlenszerű gyakorlatként kerül sor a szűrésre a végrehajtási intézetekben, míg hazánkban ez csak az intézmények kevesebb, mint felénél figyelhető meg.⁶⁵

E tárgykörhöz kapcsolódóan a fentiek alapján az Európai Unió tagállamaira koncentrálva az alábbi megállapítások tehetők:

⁶³ Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 18-19. pp.

⁶⁴ Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 19-21. pp.

⁶⁵ Weilandt, C.-Eckert, J.-Huismann, A.: i.m.16-18.pp.

- 26 ország jelentette, hogy kidolgozta a drogfogyasztó fogvatartottakkal kapcsolatos politikáját.⁶⁶
- Az Európai Unió börtöneinek 80%-ában megtaláljuk az absztinencia-alapú kezeléseket, emellett gyakoriak a detoxikációs programok, a drogfogyasztás megelőzésére, illetve a kínálat visszaszorítására irányuló beavatkozások.
- A kábítószeres kereslet csökkentésének célzatával számos országban (például Ausztria, Finnország, Hollandia, Svédország) kerültek felállításra drogmentes részlegek, valamint terápiás közösségek. Előbbiek számát tekintve a tagállamokban gyors növekedés figyelhető meg.
- Mind nagyobb számban elérhetőek a metadon fenntartó kezelések is a fogvatartottak számára.
- A különféle ártalomcsökkentő beavatkozások az Unió országainak 2/3-ában szinte minden börtönben megtalálhatók, míg a fennmaradó 1/3-ban teljes egészében hiányoznak.⁶⁷

III.2. A honi helyzetről

Hazánkban a kormány által 2005-ben publikált nemzeti vizsgálat⁶⁸ adatai alapján a felnőtt lakosság több mint 11%-a használt valamilyen illegális kábítószer élete során. A legnépszerűbb drognak a kannabisz számít. Az intravénás drogfogyasztók becsült létszáma 10000-15000 közé tehető, többségük a nagyvárosok, elsősorban Budapest körül koncentrálódik.

A honi börtönügy a kábítószeres és kábítószerfüggők végrehajtási jelenlétére reagálva már 1995. januárjában megkezdte a drogellenes stratégia feltételeinek biztosítását: a kábítószeres felismerése és a drogproblémák oktatása mellett csomagvizsgáló berendezések működésbe állításával, illetve egyéb biztonsági intézkedésekkel igyekeztek elejét venni a kábítószeres bejuttatásának, valamint a terjesztésének.⁶⁹ Tették mindezt akkor, amikor a droghasználók számáról pontos adatok még nem álltak rendelkezésre, de a jelenség létezését

⁶⁶ A börtönök drogpolitikájának optimális esetben tartalmazniuk kellene az önkéntes alapon nyugvó szűréseket, tanácsadásokat és kezeléseket. Fontos lenne a drogfogyasztó szubkulturától való távolságtartás, egy drogmentes védett környezet kialakítása, ami azonban a túlszűfolttság miatt gyakorta kivitelezhetetlen. További nélkülözhetetlen összetevő az érintettek gondozása és utógondozása, a végrehajtási intézeteken kívül megtalálható szociális szolgálatok, tanácsadások, kezelési szolgálatok végrehajtási alkalmazása, illetve a kábítószeres börtönbeli importjának és kereskedelmének megakadályozása. *Stöver, H.- Weilandt, C.*: i.m. 93. p.

⁶⁷ *Stöver, H.- Weilandt, C.*: i.m. 90-108. pp.

⁶⁸ Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2005. (Szerk.: Borsi Éva-Portörő Péter), Budapest, 2005.

⁶⁹ *Heylmann Katalin*: A büntetés-végrehajtási intézetekben fogva tartottak egészségügyi helyzete. Belügyi Szemle 2002/2-3. 114-115. pp.

már nem lehetett tagadni. A prevenció ebben a helyzetben két stratégiai feladat megoldását jelentette. Az egyik oldalról ugyanis a hangsúly a drog-kínálat megakadályozására, másrésről pedig a kábítószer iránti kereslet visszaszorítására irányult. Az elsődleges feladat a börtönügy számára a bejutási csatornák felderítése, valamint a drogfogyasztók körének feltárása volt. A másik célkitűzés pedig felkészülést jelentett a drogproblémákra, emellett feltételezte a megfelelő egészségügyi háttér kiépítését is.⁷⁰

A BVOP megrendelésére 1997. tavaszán végeztek vizsgálatot⁷¹ abból a célból, hogy a drogfogyasztás körében a rizikócsoportokat feltérképezzék. E kutatás rámutatott, hogy a legtöbb legális és illegális szer hozzáférhető a fogvatartottak számára és fogyasztásuk létezik is a börtönnépesség soraiban.

Jelenleg végrehajtási intézeteinkben a droghelyzet még nem ad okot aggodalomra, a drogfogyasztás gyakorisága nemzetközi összehasonlításban is kedvezőbb, mint például Nyugat-Európában. Ennek hátterében egyes vélemények⁷² szerint feltehetőleg az a körülmény áll, hogy hazánkat még nem érte el nagy kiterjedésű illegális bevándorlási hullám. Nyugat-Európában az illegális bevándorlók ugyanis leggyakrabban kábítószerekkel összefüggő bűncselekmények elkövetése miatt kerültek a börtönökbe, azaz a végrehajtási intézetekben tapasztalható egyre nagyobb mérvű kábítószer-probléma szorosan összefügg az adott térség migrációs helyzetével.

Hazánkban 2004-ben az ellenőrzések során kilenc alkalommal találtak a fogvatartottaknál drogot, míg 800 mobiltelefont koboztak el. A 2005-ös évre vonatkozó adatok alapján már 20 esetben fordult elő kábítószer előtalálás (ebből 10 esetben Márianosztrán) és 849 mobilkészüléket foglaltak le. Ez utóbbi tekintetében 148 készüléket a fogvatartottaknak szánt csomagokban találtak meg, míg a fennmaradó 701 rádiótelefont az intézetek területén foglalták le.⁷³ a 2006-os Büntetés-végrehajtási Évkönyvből származó adatok a mobiltelefon előtalálások tekintetében ugyancsak azt mutatják, hogy jelentős hányad átjut az ellenőrzéseken és csak a végrehajtási intézet területén találják meg azokat (több mint 900 eset az 1097 darab készülékből).⁷⁴ Ez a számadat arra enged következtetni, hogy a bejutás megakadályozásához és a hatékony felderítéshez szükséges intézkedések megtétele elengedhetetlen. Ezen kíváncsi vagyok pedig nemcsak a rádiótelefonok, hanem a kábítószerek

⁷⁰ Kaszt János – Módos Tamás: Előny a megelőzésnek. Több szakterület együttműködése a drog ellen. Börtönügyi Szemle 1996/2. 47-48. pp.

⁷¹ Elekes Zsuzsanna – Paksi Borbála: KUTATÁSI BESZÁMOLÓ A „szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása” című kutatásról. Büntetés-Végrehajtási Szakkönyvtár 1997/4.

⁷² Fliegauf Gergely: i.m. 106. p.

⁷³ A Büntetés-végrehajtási Szervezet évkönyve 2005. 68. p.

⁷⁴ A Büntetés-végrehajtási Szervezet évkönyve 2006. 38. p.

tekintetében is megfogalmazható. A honi kábítószerhelyzetről készült 2006-os jelentés alapján a BVOP kezdeményezte, hogy a biztonságos kínálatcsökkentés érdekében a fogvatartottak kevesebb csomagot kapjanak, tekintettel arra, hogy a kábítószeres bekerülése döntően a csomagküldemények útján történik. Ennek gyakorlati megvalósítása azonban a jelenleg hatályos jogszabályok megváltoztatását feltételezi.⁷⁵ A magam részéről úgy vélem, hogy nem feltétlenül a külvilággal való kapcsolattartás ezen formájának csorbitásával kellene elejét venni a drogok bejutásának. Kétségtelen, hogy a csomagküldemények jelentik a legjelentősebb bekerülési forrást, de ezen jog korlátozása olyan fogvatartottakra is negatív hatással lehetne, akik nem drogfogyasztók (jelenleg még ők alkotják a többséget), illetőleg arról sem szabad megfeledkezni, hogy sok fogvatartott számára a csomagküldemények fogadásának lehetősége alapvető köteléket jelent a külvilág, a hozzátartozók felé.

A kábítószerre vonatkozó adatok az emelkedő tendencia ellenére is alacsony drogfogyasztásra engednek következtetni. Ennek ellentmondó adatok láttak ugyanakkor napvilágot a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja által egy 609 fős fogvatartotti mintán végzett felmérésből. Ebből a reprezentatív kutatásból az derült ki, hogy 2003-ban a magyar börtönnépesség közel 8%-a használt valamilyen tiltott drogot. Ez alatt azonban nem feltétlenül hagyományos kábítószer kell érteni, hanem gyakorta antiepileptikumot, azaz gyógyszert, illetve alkoholt használtak bódulatkeltésre az elítéltek.⁷⁶ A legnagyobb arányban (6,3%) a kannabisz fogyasztása volt jellemző, ezt követte az ecstasy (2,8%), míg a legkisebb mértékű (0,7%) a kokain és a heroin/ópiátok használata volt.⁷⁷

A legfrissebb adatok szerint az antiepileptikumokkal való visszaélések száma, valamint a kábítószeres előfordulása is jelentősen megnőtt 2005-ben: 12 esetben (6 alkalommal morfin-, 4 esetben ecstasy, 2-szer pedig marihuána formájában) észleltek drogfogyasztást a fogvatartottak körében, - illetve, ahogy arra fentebb már hivatkoztam - a kábítószer-előtalálások száma 20 volt. Néhány esetben használt tű, valamint fecskendő is előkerült. Tekintettel arra, hogy a belső szabályozás nem ír elő ezen eszközök vonatkozásában jelentési kötelezettséget, így az injektló eszközök számára nézve pontos adatok nem állnak rendelkezésre.⁷⁸ A tűk, illetve fecskendők előtalálása ugyanakkor egyértelműen arra utal, hogy az intravénás drogfogyasztás, ha szórványosan is, de ugyancsak jelen van végrehajtási

⁷⁵ Felvinczi Katalin – Nyírádi Adrienn – Portörő Péter (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről 2006. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium Kiadványsorozata, Budapest, 2006. 141-142. pp.

⁷⁶ Lencsés Károly: Tücsereprogram elítélteknek? Népszabadság 2005. július 11.

⁷⁷ (Nemzeti Drog Fókuszpont): 2005-ös ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára. „Magyarország.” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. 78-80. pp.

⁷⁸ Nemzeti Drog Fókuszpont: 2006-os ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára. „MAGYARORSZÁG”. 64. p.

intézeteinkben és feltételezhetőleg olyan kockázati magatartásokkal társul, mint például a fecskendők és tűk megosztott használata.

A drogfogyasztóknak nyújtott szolgáltatások kapcsán külön érdemes, illetve szükséges szólni az ún. elterelés jogintézményéről, amely arra a közegészségügyi szemléletre épül, hogy a droghasználat egy addikció, és ennek megfelelően nem büntetőjogi eszközökkel kell ellene fellépni, hanem kezelni kell. A magyar büntetőjogi szabályozásban a Btk.⁷⁹ 1993. évi módosítása⁸⁰ óta érvényesül a büntetés helyett kezelés elve. Ennek értelmében csekély mennyiségű kábítószer saját használatra való termesztése, előállítása, megszerzése vagy tartása esetén az enyhébb súlyú kábítószerfogyasztói, illetve fogyasztással összefüggő cselekmény alapján kerülhetett sor az elterelés alkalmazására, ami kábítószer-függőséget megelőző, illetve gyógyító kezelésben való részvételt jelentett. E lehetőséget a törvény a függő és nem függő elkövetők esetén egyaránt mint büntethetőséget megszüntető okot szabályozta.

E szabályozáshoz képest visszalépést eredményezett a Btk. 1998. évi módosítása,⁸¹ amely az elterelést csak a kábítószerfüggő elkövetők esetén érvényesítette a fogyasztás és a saját fogyasztás céljából való tartásnál, tekintet nélkül a kábítószer mennyiségére. Az érintettek kezelése a módosítás nyomán függőséget gyógyító kezelést jelentett.

A Btk. 2003. évi II. törvénnyel történő módosítása újabb lényegi változás hozott a kezelési elv érvényesülésében. A hivatkozott módosítás ugyanis egyrészt ismét lehetővé tette az elterelést a nem függők esetén is, másrészt pedig kiterjesztette a kábítószerfogyasztáshoz kapcsolódó kisebb tárgyi súlyú terjesztői magatartásokra. Ez utóbbiak többségét azonban az Alkotmánybíróság 54/2004. (XII.13.) AB határozatával alkotmányellenesnek minősítette és megsemmisítette. Az Alkotmánybíróság döntését követően hatályban maradt rendelkezés alapján (Btk. 283. §) az elkövetőnek az elsőfokú ítélet meghozataláig okirattal kell igazolnia, hogy legalább 6 hónapig folyamatos kábítószerfüggőséget gyógyító kezelésben, kábítószer-használatot kezelő más ellátásban részesült, vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson vett részt. A szükséges okirat bemutatása esetén az ügyész a vádemelés elhalasztásának speciális eseteként az eljárást megszünteti.

⁷⁹ A többször módosított 1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről

⁸⁰ 1993. évi XVII. törvény

⁸¹ 1998. évi LXXXVII. törvény

A magyarországi kábítószerhelyezetről kiadott 2005. évi Jelentés⁸² adatai azt mutatják, hogy a büntetés alternatívájaként kezelést választók száma hazánkban 1995. és 1999. között évről évre nőtt, majd a Btk. 1998. évi módosítása nyomán 1999-től megtorpanás, visszaesés következett be. A 2003. évi liberális jogszabályi rendelkezés hatására pedig a kezelésben résztvevők számának ismételt emelkedése figyelhető meg.

A kezelés, illetve a büntetőeljárás elterelésének lehetőségét a jogszabályból fakadóan a büntetés-végrehajtás is köteles az érintettek számára biztosítani. Amennyiben a fogvatartott már a befogadáskor súlyos elvonási tüneteket mutat, egy orvosi vizsgálatot követően átszállítják az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetbe. Az ilyen esetek száma éves szinten 9-10-re tehető.⁸³ Abban az esetben pedig, ha a kábítószerfogyasztás ténye a végrehajtási intézetben nyer igazolást, az feljelent von maga után, ami azonban elterelés formájában 6 hónapos kötelező drogtérápiával kiváltható. Az elterelés intézményét a honi börtönügy alternatív terápiás csoportokban biztosítja. Ha az elítélt a 6 hónap letelte előtt szabadulna, a megkezdett kezelést a végrehajtási intézeten kívül köteles folytatni, annak érdekében, hogy a legalább hat hónap tartamú folyamatos kezeléssel igazolással rendelkezzen.

A kezelés végrehajtásának helye a fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésén való részvételéről szóló 1-1/31/2000. (IK Bv. Mell. 6.) OP intézkedés alapján a Budapesti Fegyház és Börtön. Az Országos Parancsnokság Egészségügyi Főosztályától kapott tájékoztatás szerint a Budapesti Fegyház és Börtön csak helyszíniül szolgál, ténylegesen a kezelést szakemberek, addiktológusok hiányában az IMEI-vel kötött szerződés alapján egy onnan érkező szakemberekből álló team (addiktológus-pszichiáter, szociális munkások, ápolók, pszichológus) látja el. Emellett eseti jelleggel más végrehajtási intézetekben is van ellátás, így például a női fogvatartottak esetén a kezelés lehetősége a Kalocsai fogvatartó intézetben biztosított. A fogvatartottak kábítószer-függőséget gyógyító kezelésének, a kábítószerhasználatot kezelő más ellátásának vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatáson való részvételének részletes szabályait a 26/2003. (V.16.) ESZCSM-GYISM együttes rendelet tartalmazza. Ez leszögezi, hogy az ellátás, illetőleg szolgáltatás az érintett személy részére térítésmentes [9. § (1)].

⁸² Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről. (Szerk.: Borsi Éva-Portörő Péter), Budapest, 2005. 123. p.

⁸³ Nemzeti Drog Fókuszpont: 2006-os ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára. „MAGYARORSZÁG.” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról. 2006. 64. p.

A 2004-re vonatkozó adatok szerint hazánkban 130 fő vett részt alternatív drogkezelésben és közülük 59-en kézhez is vehették a terápia befejezését tanúsító igazolást.⁸⁴ A 2006-os Bv. Évkönyv adatai alapján függőséget gyógyító kezelésben 68 fogvatartott részesült. Kábítószerhasználattal összefüggő egyéb ellátásban, illetőleg megelőző-felvilágosító szolgáltatásban pedig 134 fő vett részt.⁸⁵

Ugyancsak pozitívumként könyvelhető el hazánkban a holland drogmentes részlegek modellje nyomán életre hívott prevenciós részlegek megteremtése. Ennek jogszabályi háttérét elsősorban a 18/2002. (XI. 30.) IM. rendelet adja, amelynek nyomán a Bv. Szabályzatba⁸⁶ beiktatásra került a kábítószer-prevenciós részleg intézménye. E rendelkezés nyomán 2003-ban kezdődött meg hazánkban a kábítószer-prevenciós részlegek kialakításának előkészítése. A következő évben már 13 végrehajtási intézetben működött ilyen prevenciós csoport, számos esetben társadalmi és civil szervezetek bevonásával. A drogambulanciákon kívül többek között karitatív szervezetek, tanintézmények segítik a munkát.

A rendelkezésre álló adatok alapján 2004-ben 13 intézetben működött prevenciós részleg 208 férőhelyen 139 önként jelentkező számára.⁸⁷ A 2006-os végrehajtási Évkönyv adatai már 15 intézményről és 223 férőhelyen 180 személy kezeléséről tesznek említést, azaz egyértelműen emelkedő tendenciát mutatnak.⁸⁸

A részlegbe kerülés feltételei között említhető, hogy a fogvatartottak nem fogyaszthatnak kábítószer, alá kell, hogy vessék magukat a szűrőpróbaszerű mintavételeknek, amely jellemzően a vizeletmintán alapuló ún. ötfaktoros Multi-Drog teszt alkalmazásával történik.⁸⁹ A Budapesti Fegyház és Börtönben például havi 1 alkalommal számíthatnak véletlenszerű vizeletvizsgálatra.⁹⁰ Ezzel a drogtesztel a Magyarországon leggyakoribbnak számító szerek (benzodiazepin, extasy, amfetamin, kannabisz és opiát) fogyasztását bizonyító anyagok mutathatók ki. Elviekben azonban a teszt megtéveszthető, ha a fogvatartott a vizsgálat előtt olyan szert fogyasztott, amely a szervezetből 1-2 nap alatt kiürül. Megerősített pozitív teszteredmény, illetve súlyos fegyelemsértés, valamint

⁸⁴ A Büntetés-végrehajtási Szervezet évkönyve 2005. 44. p.

⁸⁵ A Büntetés-végrehajtási Szervezet évkönyve 2006. 47. p.

⁸⁶ 6/1996. (VII. 12.) IM. rendelet 76/A/B/C.§-ok

⁸⁷ A Büntetés-végrehajtási Szervezet évkönyve 2005. 68. p.

⁸⁸ A Büntetés-végrehajtási Szervezet évkönyve 2006. 47. p.

⁸⁹ A Szegedi Fegyház és Börtönben ezzel szemben a fogvatartottak tesztelése a jóval körülményesebb nyálmintavétellel történt. Bővebben: *Balogh Attila*: Kábítószer-prevenciós részlegek a büntetés-végrehajtási intézetekben. *Börtönügyi Szemle* 2005/1. 93-104. pp.

⁹⁰ A Magyar Helsinki Bizottság Jelentése a Budapesti Fegyház és Börtönben tett látogatásról. 2006. április 26-27. 26.p.

bűncselekmény elkövetése a részlegből való kizárást vonja maga után, de az elhelyezés megszüntetését maga az elítélt is kérheti.

A motiváció érdekében cserébe e részlegek lakói az átlagosnál kedvezőbb végrehajtási feltételeket élvezhetnek, ami a gyakorlatban elsősorban a gyakoribb csomagküldésben és látogatófogadási lehetőségekben, a többi fogvatartotthoz képest kedvezőbb elhelyezési körülmények biztosításában nyilvánul meg. Az érintetteket emellett arra ösztönzik, hogy vegyenek részt valamilyen drogkezelési formában, például a csoportos tanácsadásokon.⁹¹

A kábítószer-prevenációs részlegek 2004-es megnyitása óta eltelt idő beigazolta, hogy van igény a fogvatartottak részéről az ilyen speciális körleteken történő elhelyezésre. A körletek befogadóképessége, elsősorban az intézeti adottságok függvényében, 10-30 fő között változik. Több intézetben a prevenációs részleg telítettsége miatt várólisták felállítására került sor és a férőhely-bővítés szükségessége merült fel.⁹² A fentiek tükrében végrehajtási intézeteink kábítószerügyi stratégiájának hatékonyságát nagyban elősegítené, ha ezen prevenációs csoportokban a fogvatartotti állomány minél jelentősebb hányada elhelyezhető lenne.⁹³

A Szegedi Fegyház és Börtönben 2004. júniusában kezdte meg működését 4 fővel egy kábítószer-prevenációs körlet, melyben a résztvevők létszáma azóta átlagosan 8-9-re tehető. A csoportba kerülés előtt a fogvatartottak kiválasztásába bevonják a helyi drogambulancia szakembereit, akik tesztelést követően tesznek szakmai javaslatot az intézetnek. Ezen javaslat alapján hozza meg azután döntését a Befogadási és Foglalkoztatási Bizottság. A csoport összetétele különlegesnek mondható, mivel a fogvatartottak többsége életfogytig tartó szabadságvesztésre ítélték közül kerül ki. Fontos megemlíteni, hogy a büntetésből még hátralévő ítéleti idő függvényében más funkciót tölt be a részleg egy a szabadulás előtt álló fogvatartott esetén, és mást egy még nagy ítéleti tartammal rendelkező elítélt vonatkozásában. Ez utóbbi kategóriánál elsősorban a kábítószerektől való folyamatos veszélyeztetettségre kell tekintettel lenni, míg azoknál, akik maximum 2 éven belül szabadulnak, a drogmentes életvitel kialakításához szükséges megfelelő segítséget nyújtani. Mindemellett a körlet a kábítószer-kereskedelem börtönbeli kialakulásának is gátat kíván szabni és a drog-prevenációs részlegen belül alapvető célként jelölhető meg a fogvatartottak szabadidejének hasznos kitöltése, lekötése. Az elítéltek számára biztosított programok között megtaláljuk a sportolási lehetőségeket, az önismereti jellegű kreatív foglalkozásokat. Az iskolai oktatásban való

⁹¹Sárosi, P.: Recent developments in Hungarian legislation. Connection 2005. May 5-7. pp.

⁹²Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005. A kábítószerügyi koordinációban résztvevő minisztériumok és országos hatáskörű szervezetek beszámolója alapján. Budapest, 2005. 74. p.

⁹³Fliegeauf Gergely: i.m. 106-107. pp.

részvétel mellett igénybe vehetők az egyházak, a könyvtár és a filmklub szolgáltatásai. A fentieken túlmenően a fogvatartottak számára heti 4 alkalommal egyéni és csoportos terápiás foglalkozásokat tartanak a dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum addiktológus pszichológus munkatársai.⁹⁴

Az e részlegen dolgozó, csoportfoglalkozást vezető szakembertől származó információk szerint Szegeden már előfordult, hogy az elítélt szerveztében kimutatták a kábítószer, így a pozitív eredmény – a jogszabályi előírásoknak megfelelően - a csoportból való kizárást vontta maga után. A Drogcentrum munkatársainak véleménye szerint ez azonban nem feltétlenül helyes döntés, mivel a „félrelépés” előfordulhat, így „büntetés” helyett továbbra is segítő kezet kellene nyújtani az érintetteknek. Mindenképpen pozitívként könyvelhető el, hogy lehetőség van az „utógondozásra”, azaz kérelemre visszatérhetnek a csoportfoglalkozásokra, anélkül azonban, hogy tagjai lennének a csoportnak. A prevenciós részleg elfogadottságát tükrözi, hogy ezidáig a jogszabályi lehetőség ellenére Szegeden egyetlen fogvatartott sem kérte elhelyezésének megszüntetését.

A fent említett drogfogyasztáshoz kapcsolódó intézmények mellett a honi végrehajtás sem nélkülözi a detoxikáció lehetőségét, amelyet hozzávetőleg 100 személy számára biztosít.⁹⁵

A fentiek alapján elmondható, hogy a honi börtönügy az igencsak összetett kábítószer-probléma kezelésére többféle stratégiát, intézkedést dolgozott ki, illetőleg alkalmaz. A kínálatcsökkentésre irányuló törekvések és a kereslet-kínálatcsökkentés összhangjának megteremtése mellett életre hívta a drogprevenciós részlegeket, melyek működési tapasztalatai igen kedvezőek, számuk pedig folyamatosan nő. Ugyancsak fontos szegmens az elterelés lehetőségének alkalmazása a végrehajtási közegben, amely annak a szemléletnek a térnyerését tükrözi, hogy az egészségügyi, pszichológiai kezelés felvállalása megfelelő alternatívája lehet a személyi szabadság elvonásával járó büntetőjogi szankcióknak. E lépéseken kívül a végrehajtási közegben a detoxikáció is biztosított az érintettek számára.

⁹⁴Dani Zita: A Szegedi Fegyház és Börtön kábítószer-prevenciós körlete. Börtönügyi Szemle 2005/3. 20-22. pp.

⁹⁵Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 13. p.

IV. A fertőző betegségekről általában

A büntetés-végrehajtási intézetekben folyó egészségügyi ellátás általában nem szerepel az érdeklődés középpontjában. A fertőző betegségek terjedésétől, illetve börtönkörnyezetből történő kikerülésétől való félelem azonban szükségszerűen rávilágítja a figyelmet a börtönökben folyó egészségügyi ellátásra. Emellett a vírushordozó, illetve fertőző beteg fogvatartottak pontos számáról is viszonylag kevés adat áll rendelkezésre, ami azzal magyarázható, hogy Európa legtöbb államában az emberi jogokra hivatkozással nem végeznek kötelező szűrővizsgálatokat, ilyen vizsgálatokra a fogvatartottak önkéntes részvétele alapján, az ő kérésükre kerül sor. A végrehajtási intézetekben a fogvatartottak többek között a túlsúlyfóltságnak, a higiénias körülményeknek köszönhetően, illetve saját életkörülményeikre, anyagi hátterükre, egészségi állapotukra visszavezethetően jobban ki vannak téve a különféle fertőzéseknek, betegségeknek. Az egyéni magatartásoktól függetlenül a végrehajtási környezet kedvez a fertőző betegségek transzmissziójának. A börtönélettel velejáró faktorok közül a legnagyobb szerepe a túlsúlyfóltságnak van, amely a fogvatartottak akaratukon kívüli összezártágát teremti meg, és ezzel egyúttal elősegíti a fertőző betegségek terjedését is. Vannak tehát kockázati tényezők, melyek egyéni magatartásokhoz kapcsolódnak, míg mások a szabadságvesztéssel vannak összefüggésben. Annak érdekében, hogy a megelőzés hatékony és hatásos legyen, mindkét oldal számbavétele alapvető jelentőségű.

Ebben a közegben a kihívás és a lehetőség kettőssége fonódik össze. Egyrésztől ugyanis a fertőző betegségek terjedésének kontrollja kihívást, erőpróbát jelent a végrehajtási közeg számára, hiszen egy olyan szinterről van szó, amely a különféle fertőzések transzmisszióját elősegítheti, felerősítheti, felgyorsíthatja. Másrésztől a börtönök nagyon sok fogvatartott számára annak a lehetőségét hordozzák, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat jobban, könnyedebben elérjék, mint a szabad világban.

E betegségek megelőzése három szintéren szervezhető meg:

- az egyén szintjén
- az intézmény szintjén
- a népesség szintjén.

Az elsőként említett egyéni szintéren az egészségügyi személyzet például antibiotikumokkal igyekszik elejét venni a sebfertőzéseknek, illetve a rühesség kezelése a bakteriális komplikációk megelőzésére irányul.

Az intézmény szintjén alapvető jelentőségük a különféle szűrővizsgálatoknak van, amelyek többek között a vér útján terjedő betegségek kiszűrését szolgálják.

Végezetül a legmagasabb szinten az egészségvédő intézkedések tartalmazzák például a megfelelő mennyiségű és minőségű élelemre, a víz minőségére, a szabad levegőn tartózkodásra vonatkozó normák alkalmazását.⁹⁶

A börtönkörnyezetben a prevenciós eszközök alkalmazása valamennyi átadható betegség esetén szükséges lehet. E betegségek közül egyesek mégis prioritást élveznek azért, mert súlyos következményeik lehetnek és a végrehajtási intézetekben különösen veszélyesek. A különféle fertőző betegségek közül így a legnagyobb jelentőségük részint az ún. vér útján terjedő betegségeknek (hepatitis B, C, illetve HIV/AIDS), másrésről pedig a cseppfertőzéssel átadható tuberkulózisnak van.

V. Tuberkulózis, avagy tüdőbaj

A betegséget egy, a levegő útján terjedő baktérium a *Mycobacterium tuberculosis*, köznapi néven a Koch-baktérium⁹⁷ okozza. A kórokozó bármely szervet megtámadhat (például a mellhártyát, a csontokat), és nagyon súlyos betegségeket idézhet elő, például agyhártyagyulladást, vérmérgezést okozhat. A leggyakrabban ugyanakkor a tüdő ellen irányul, erre utal a betegség tüdőbajként való elnevezése. Jellemző tünetei között megtaláljuk a hosszú idő óta fennálló köhögést, a véres köpetet, de kísérőjelenségei a fertőzésnek a láz, a súlycsökkenés, az állandó fáradtság, a kimerültség, az étvágytalanság, valamint az éjszakai izzadás is. A tünetegyüttes első elemeként említett köhögés kapcsán kiemelendő, hogy - különösen egy egészségtelen börtönkörnyezetben - az nem csak a tbc-gyanújára enged következtetni. E magatartás jellemző ugyanis a dohányosok⁹⁸ körében, illetve a légzőszervi

⁹⁶ *Laticevschi, D.*: Communicable diseases. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007. 45-46. pp.

⁹⁷ Nevét Robert Koch-ról kapta, aki 1883-ban fedezte fel a tbc baktériumát.

⁹⁸ Habár a bebörtönzés lehetőséget teremthetne a dohányzásról való leszokáshoz, kevés figyelem irányul a fogvatartottak dohányzási szokásaira. Egy Lengyelországban végzett felmérés szerint a dohányzó fogvatartottak többsége (75%) nagyobb szükségét érezte a dohányzásnak a szabadságelvonás alatt, mint azt megelőzően. A vizsgálat szerint a fogvatartottak többsége megkísérelte a börtönkörnyezetben a cigaretta elhagyását, de az mindösszesen csak 2%-nál volt eredményes. A sikertelen leszokások háttérében az esetek döntő többségében (67%) a stressz állt. A kutatás végül arra is rámutatott, hogy azon fogvatartottak között, akik magukat alkohol és/vagy drogfogyasztóknak tekintették, majdnem a 90% jelenleg is dohányzott.

Bővebben: *Sieminska, A. – Jassem, E. – Konopa, K.*: Prisoners' attitudes towards cigarette smoking and smoking cessation: a questionnaire study in Poland. BMC Public Health 2006 /6. 1-9 pp.

megbetegedések esetén is. A legtöbb akut légzőszervi megbetegedés azonban 3 héten belül gyógyul. Így mindazon esetekben, amikor a köhögés ezen időtartamon túl is fennáll, felvetődik a tbc gyanúja, amit a köpetminta mikroszkopikus vizsgálatával lehet kizárni vagy megerősíteni.

A tbc cseppfertőzés útján köhögéssel, tüsszentéssel, beszélgetés során is terjedhet a beteg köpetében megtalálható baktériumok révén. Egyetlen egy köhögés során 3000 cseppnyi fertőzés szabadulhat fel. A tbc jellemzője, hogy tályogok alakulnak ki, melyek billiónyi baktériumot tartalmaznak. A tályogok az esetek egy részében megfékezhetők, ilyenkor zárt tuberkulózisról beszélünk. Ennél a változatnál a fertőzés transzmissziójának veszélye nem áll fenn. Ezzel szemben, ha a tályogok a légutakon keresztül feltörnek, akkor azokat a beteg felköhögi. Ez utóbbit nyitott tbc-nek nevezzük, ami nagyfokú fertőzésveszélyt jelent.

Az egészséges szervezetek többségénél az immunrendszer képes kontrollálni az elsődleges fertőzést, így aktív tbc nem fejlődik ki. A fertőzött személyek immunrendszere ugyanis általában megsemmisíti a baktériumot, így ezen fertőzések kb.90-95%-a teljesen észrevétlenül meggyógyul. Azokban az esetekben azonban, amikor a kórokozó nem pusztul el, akkor a fehérvérsejtekben éveken át képes „alvó” állapotban fennmaradni. A megbetegedések körülbelül 80%-a a baktériumok „felébredéséből” alakul ki.⁹⁹

Amennyiben a baktérium a testen belül nyugvó állapotban marad, azaz nem növekszik tovább ún. látens tbc-ről beszélünk. A látens tbc-vel fertőzött személyek többségénél soha nem alakul ki aktív tbc. Ha azonban az immunrendszer nem tudja megállítani a baktériumok növekedését, azok a testen belül megsokszorozódnak és aktív tbc fejlődik ki.

A végrehajtási intézetekben vitatott kérdés, hogy mely szűrési módszer tekinthető a leghatékonyabbnak. A látens tbc létezésére az egyedüli bizonyíték például a pozitív tuberkulin bőrteszt. Ennek a tesztnek a megbízhatóságát azonban több tényező befolyásolhatja és a teszt elvégzésére is csak specifikus körülmények között kerülhet sor. Azokban az esetekben például, amikor a tbc előfordulási gyakorisága egy populáción belül magas, a teszt nem képvisel nagy értéket. Így jellemzőek a negatív fals eredmények, noha a beteg valóban

Egy másik tanulmány szerint a társadalomban az egyik fő halálozási ok a dohányzás, amely szív-és érrendszeri megbetegedéseket okozhat és elősegítheti a rák kialakulását. Ezek a betegségek pedig igen gyakorta okozói a fogvatartottak körében bekövetkező haláleseteknek. A dohányzás a legtöbb végrehajtási intézetben jellemző és a rendelkezésre álló adatok szerint a fogvatartottak többsége dohányzik.

E témáról bővebben: Bobak, M. – Jarvis, M.J. – Skodova, Z. – Marmot, M.: Smoke intake among smokers is higher in lower socioeconomic groups. Tobacco Control 2000/9. 310-312. pp.

⁹⁹ Cseh Júlia: Újra fenyeget a tuberkulózis.

Letölthető: <http://www.origo.hu/print/tudomany/elet/20040325ujra.html>

megkapta a fertőzést. Ilyen negatív fals eredmények az esetek körülbelül 10-15%-ában figyelhetők meg.¹⁰⁰

A tbc jelenlétének szervezeten belüli kimutatásánál mellkas-röntgen is segíthet, mely bármely rendellenességre rávilágíthat, de döntő bizonyítékot még ez sem szolgáltat. A leginkább kivitelezhető a végrehajtási környezetben ezért a mellkas-röntgen bizonyos célcsoportok esetén (akiknél az aktív tbc jelei észlelhetők, vagy a tbc tüneteit mutatják) történő alkalmazása. Ez a módszer egyrészt igényli a gyors vizsgálat elvégzését, másrészt pedig a végrehajtási személyzet képzését a tünetek felismerésével összefüggésben.

A tbc diagnosztizálása szempontjából döntő jelentőséggel a bakteriológiai vizsgálatok bírnak. A leginkább fertőző esetekben a köpetben található baktériumok mikroszkóp alatt rögtön láthatók, amit a szakirodalom „kenet-pozitív” tüdő tbc-nek nevez. Ezen pozitív esetek meghatározása azon túlmenően, hogy a leginkább fertőző eseteket takarja, azért is döntő jelentőségű, mert nagyarányú halálozással járnak együtt. A „kenet-negatív” változat becslések szerint 10-szer kevésbé fertőz, mint a „kenet-pozitív” válfaj. A köpet mikroszkopikus elemzésével gyors eredményhez lehet jutni, tekintettel arra, hogy a diagnózis még ugyanazon a napon felállítható. A diagnózis igazolására azonban a baktériumokat ki kell tenyészteni. Az alkalmazott technikák függvényében a kitenyészett baktériumok fejlődése 2-8 hét alatt válik láthatóvá.

A fertőzés kialakulása szempontjából jelentősége van annak, hogy a baktériumok belélegzésére milyen körülmények között kerül sor. Amennyiben ugyanis a fertőzött személlyel való kontaktus egy kicsi, szellőzés nélküli helyen történik, akkor a belélegzéssel a fertőzés kockázata jelentősen megnő. A közvetlen napfény gyorsan elpusztíthatja a baktériumokat, de sötétben azok jó néhány órán keresztül képesek életben maradni. A fertőzés terjedése egyéni magatartásokkal azonban szignifikánsan csökkenthető. Így alapvető jelentősége van annak, hogy a fertőzött személy a számára előírt gyógyszereket rendszeresen bevegye. Tüsszentés, köhögés, nevetés esetén a száj zsebkeendővel történő eltakarása is nagyon hasznos lehet. Ugyancsak követendő szempont, hogy a fertőzött személy ne menjen azon helyekre, ahol egészségesek tartózkodnak, és velük kontaktusba kerülhet, végezetül a helyiségeket gyakran kellene szellőztetni. A tévhitekkel ellentétben a fertőzés nem adható át kézfogással, az edények, eszközök közös használatával.

A fertőzés kialakulása szempontjából azonban súlyosbító körülmény lehet a dohányzás. A legjelentősebb kockázati tényezőt ugyanakkor a HIV fertőzés jelenti. Az aktív

¹⁰⁰ Niveau, G.: Prevention of infectious disease transmission incorrectional settings: A review. Public Health 2006/120. 37. p.

tbc kialakulásának esélye/veszélye e két fertőzés együttes jelenléte esetén ugyanis több mint 100-szoros, szemben azokkal, akik csak tbc-vel fertőződtek és HIV negatívak. Megfelelő kezelés nélkül 2 éven belül a fertőzött személyeknek körülbelül a fele meghal, míg mások véletlenszerűen meggyógyulnak, vagy betegségük krónikussá válik, így megnövelik a fertőzés transzmisszióját. Annak a veszélye, hogy a fertőzéstől kialakuljon a betegség a kockázati tényezők számától függ, emellett a valószínűségét tekintve a fertőzést követő 1-2 éven belül a legnagyobb, azt követően az idő múlásával folyamatosan csökken.

Általában hozzávetőlegesen a tbc-ben szenvedő személlyel kapcsolatba kerülők 30%-a fertőződik meg. Ennek az arányszámnak a duplája, illetve azt meghaladó ugyanakkor a fertőzés azok körében, akik büntetés-végrehajtási intézetekben vannak.¹⁰¹ 2003-ban például Európa börtöneiben a tbc 100.000 lakosra jutó előfordulása 1516 volt, melyben az egyik végletet 0 előfordulással Ciprus és Málta, valamint Norvégia szolgáltatta, míg a másik oldalon Azerbajdzsán, illetve Kazahsztán helyezkedett el 3944-es, és 17808-as (!) rátáival. A rendelkezésre álló adatok szerint a fogvatartottak körében 83,6-szor több volt a tbc előfordulása, mint a végrehajtási intézeteken kívül. Emellett a kelet-európai országok esetében a fertőzés a fogvatartottak 93%-át érintette. A tbc, mint globális egészségügyi probléma Afrika mellett e kelet-európai régiót sújtja ugyanis a világon leginkább. E jelenség hátterében egyrészt a tbc-gyógyszereknek ellenálló, ún. rezisztens esetek magas száma áll, amelynek lényege, hogy az alkalmazott gyógyszerek már nem képesek a baktériumokat elpusztítani. Másrészt pedig Kelet-Európában az egészségügyi rendszer hiányosságaiából fakadóan a fertőzőesetek feltárása és kezelése is kívánalmakat hagy maga után, és ez továbbgerjeszti a rezisztens forma terjedését. Az egyébként kezelhető járvány így a rezisztens esetekkel gyakorlatilag kezelhetetlenné válik.

Az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása szerint a tbc börtönbeli terjedése 5 tényezővel támasztható alá: a börtönök átveszik, koncentrálnak, terjesztik, rosszabbá teszik, végezetül pedig kiengedik a fertőzést. Mindazon esetekben pedig, amikor hiányoznak a betegséggel összefüggő ismeretek, nem tisztázott, hogy milyen lépéseket kell tenni és milyen erőforrások szükségesek azok végrehajtásához, akkor a tbc szempontjából a börtönök tekinthetők a legkedvezőtlenebb környezetnek.¹⁰²

A végrehajtási intézetek többnyire zárt egységként működnek a szabadságvesztés tartama alatt, de igen gyakoriak a rendszeren belüli mozgások: így az adott börtönön belül,

¹⁰¹ Veen, J.: Tuberculosis control in prisons. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007. 74-75. pp

¹⁰² (World Health Organization) Status Paper on Prisons and Tuberculosis, Copenhagen, 2007. 2., 6. p.

adminisztratív intézkedésként, büntetésként vagy a fogvatartott saját kérésére az egyes börtönök között, valamint a börtönök és az egészségügyi intézmények között. A fogvatartottak pedig előbb vagy utóbb letöltik büntetésüket és szabadulnak. Számolni kell továbbá azzal, hogy egyes fogvatartottak ismét bűncselekményt követnek el és visszakerülnek a végrehajtás körforgásába. Emellett a börtönnépesség tagjai nagyon gyakran már eleve olyan társadalmi közegeből (alkohol- vagy drogfüggők, hajléktalanok, mentálisan betegek) kerülnek ki, amely a fertőzés kialakulásának kockázatát jelenti.¹⁰³ Gondot okozhat továbbá, ha elmarad a fogvatartottak befogadáskor szükséges egészségügyi vizsgálata, azaz a fertőzést hordozó személyek szűrésére, kezelésére nem kerül időben sor. A végrehajtási intézmények pedig továbbfokozzák a fertőzés átadásának veszélyét és a tbc terjesztése során egyfajta pumpa szerepét töltik be: a fertőzést a civil szférába juttatják ki a nem megfelelő módon kezelt fogvatartottak, a végrehajtási személyzet és a látogatók révén. A fogvatartottak szabadulása ugyanis nem az egyetlen útja a fertőzés kijuttatásának, hiszen a végrehajtási személyzet és a látogatók ugyancsak veszélyeztetettek és a fertőzés terjesztői lehetnek.¹⁰⁴

A kései diagnózis, a betegség megfelelő kezelésének elmaradása és a sok esetben szegényes végrehajtási feltételek (túlzsúfoltság, rossz szellőzési körülmények, nem kielégítő táplálkozási lehetőségek), a fizikai és lelki stressz, így együttesen a fertőzés terjedését, illetve a több gyógyszernek ellenálló tbc kialakulását elősegítő tényezőként szerepelnek. Ehhez még hozzáadódik a fogvatartottak nagyarányú kicserélődése is, gondot okoz az egészségügyi szakszemélyzet kis létszáma, valamint a gyógyszerek és az egészségügyi eszközök hiánya. A tbc diagnosztizálása, kezelése és a börtön-egészségügy szempontjából egyaránt alapvető követelmény lenne ezért a börtönfeltételek javítása, a fogvatartotti állomány csökkentése.¹⁰⁵ Hangsúlyozni kell tehát, hogy a tbc nem csak az egészségügyi beavatkozások függvénye, a fertőzés megfékezése érdekében olyan reformlépésekre lenne szükség, melyek elősegítenék a túlzsúfoltság csökkentését, javítanák a szellőzési feltételeket és előmozdítanák a fogvatartottak megfelelő táplálkozását.¹⁰⁶ Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a betegség kialakulását befolyásoló faktorok a börtönkörnyezetben megerősítik, illetve felerősítik egymást. Ebből adódóan minél hosszabb egy fogvatartott esetében a bebörtönzés tartama, annál nagyobb a valószínűsége a fertőzés, majd a betegség kifejlődésének.

¹⁰³Coninx, R.-Maher, D.-Reyes, H.-Grzemska, M.: Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. British Medical Journal, 2000/320. 440-442. pp.

¹⁰⁴Fighting tuberculosis in prison conditions. Guidance document 1. Improving prison healthcare in Eastern Europe and Central Asia. 2004. 1-5. pp.

¹⁰⁵(World Health Organization) Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers. WHO/CDS/TB/2000.281, Geneva, 2000. 15-24. pp.

¹⁰⁶Walmsley, R.: Further developments in the prison systems of Central and Eastern Europe. Achievements, problems and objectives. Helsinki, 2003. 39. p.

Számokban kifejezve 2003-ban Európa börtöneiben a becslések szerint 32000 személy fertőződött meg tbc-vel, ebből 30000-en az egykori Szovjetunió végrehajtási intézeteiből kerültek ki.¹⁰⁷ A Világbank 2003-as adatai alapján például Ukrajnában a tbc-betegek 30%-a fogvatartott volt. A 200.000 főre tehető börtönnépességből hozzávetőleg 14.000 személynél jelentkezett a tuberkulózis. A fogvatartottak körében a halálesetek körülbelül 40%-áért ugyancsak a tbc tehető felelőssé. Bár az utóbbi években az Orosz Föderációban egyértelmű jelei vannak a tbc csökkenő tendenciájának, de a fertőzés előfordulási gyakorisága továbbra is igen jelentős. Így 1999-ben 100.000 személyből több mint 4000-nél jelentkezett a tbc, addig 2005-ben ugyanez a mutató 1591 volt.¹⁰⁸

Az Egészségügyi Világszervezet adatai alapján¹⁰⁹ 2004-ben Európában 444777 személynél jelentkezett a fertőzés, 80%-uk 18 országból származott: A Független Államok Államközösségéből, a Balti Államokból, Romániából, valamint Törökországból. Ugyanebben az évben a tbc 69018 esetben volt halálozási ok. Az eredménytelen kezelések terén szintén Európa tudhatta magáénak a legmagasabb 7%-os értéket, míg a tbc halálozási rátája világviszonylatban a második volt. Jelenleg a világ népességének egyharmada fertőződött meg a vírussal. Egyes becslések szerint¹¹⁰ 2020-ra közel 1 milliárd ember fog megfertőződni, 200 millió lesz tbc-beteg, és 70 millió halálessettel lehet számolni.

V.1. Az ún. DOTS, illetve DOTS-PLUS stratégiák

Amennyiben a hónapokig tartó, első-vonalbeli kombinált gyógyszerekkel történő kezelés elmarad, akkor minden tbc-s további 10-15 embert fertőzhet meg egy év alatt. Ahogy már utaltam rá a legnagyobb gondot az okozza, ha a tbc kórokozója ellenáll az antitubertikulumnak, azaz nem reagál, rezisztens marad a két legfontosabb és leggyakrabban használt standard gyógyszerre az isoniazidra, valamint a rifampicinre. Ez a tbc több gyógyszernek ellenálló változata az ún. multirezisztens tbc gyakorta akkor jelentkezik, ha a beteg megszakította a kezelését, vagy nem pontosan, nem rendszeresen szedte be a gyógyszereket. Ezért lehet nagy jelentősége egyes szakemberek szerint a hozzávetőleg 6-8

¹⁰⁷ Aerts, A. – Hauer, B – Wanlin, M. – Veen, J.: Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2006/11. 1215-1223. pp.

¹⁰⁸ Fighting tuberculosis in prison conditions. Guidance document 1. Improving prison healthcare in Eastern Europe and Central Asia. 2004. 2. p.

¹⁰⁹ (WHO) Status Paper on Prisons and Tuberculosis, Copenhagen, 2007. 5-6. pp.

¹¹⁰ Fighting tuberculosis in prison conditions. Guidance document 1. Improving prison healthcare in Eastern Europe and Central Asia. 2004.

hónap tartamú ellenőrzött kezelésnek (DOTS-módszer),¹¹¹ amikor a beteg az antibiotikumot közvetlenül az egészségügyi dolgozó jelenlétében és ellenőrzése mellett veszi be. Ez a módszer biztosítja, hogy a páciens a megfelelő gyógyszert, a megfelelő dózisban és megfelelő időközönként vegye be.

Tartamát tekintve a hivatkozott 6-8 hónapnyi idő feltétlenül szükséges a kezelés befejezéséhez, tekintve, hogy a beteg által is tapasztalható gyors javulás ellenére, a baktériumok igen lassan pusztulnak el a szervezetben. Ideális esetben a bevétel közvetlen ellenőrzését a kezelés teljes tartama alatt biztosítani kellene.

Ez az ellenőrző stratégia 5 komponensből tevődik össze:

1. Szükséges hozzá a politikai elkötelezettség, lévén a tbc börtönbeli kontrollja erőteljes politikai támogatást és megfelelő pénzügyi erőforrásokat igényel. A probléma megoldása és kezelése emellett nem nélkülözheti a nemzetközi tapasztalatokat, a szakértelmet sem.

2. A passzív esetek feltárása, melynek lényege, hogy a tünetek jelentkezését a beteg maga jelenti az egészségügyi szolgálatnál és az eset felderítése a köpet kenetének mikroszkopikus elemzésével, majd annak kitenyésztésével történik. Ezen passzív esetek feltárását szükséges az ún. aktív esetfeltárással kiegészíteni, melyeknek lényege, hogy a vizsgálatot a tbc szolgálat kéri és arra a végrehajtási intézetbe történő befogadáskor, valamint azt követően meghatározott időközönként kerül sor a fogvatartottak szűrésével.

3. Egy 6-8 hónap tartamú, standardizált kezelés követése legalább az igazolt pozitív esetekben a DOTS módszer alkalmazásával, mely ellenőrzéssel és a betegek támogatásával egészül ki.

4. Ingyenes és megbízható (rendszeres és megszakítás nélküli) alkalmazása a tbc-elleni szereknek, azaz egy hatékony gyógyszer-ellátó és igazgatási rendszer működtetése.

5. Végezetül szükséges egy olyan nyilvántartó rendszer kiépítése, mely figyelembe veszi az egyes betegek kezelési eredményeit, illetve amely a tbc-program ellenőrzésére és értékelésére épül. A fertőző esetek nyilvántartásba vétele, illetve a kezelések kimenetelének jelentése ugyanis további kulcseleme a tbc-kontrolljának.

Fontos hangsúlyozni, hogy a DOTS-stratégia sikeres alkalmazása a büntetés-végrehajtási környezetben eléggé komplikált, ami többek között azzal magyarázható, hogy a kezelés sok esetben jelentős számú fogvatartottat érint, akiknél a terápia több hónapos tartama

¹¹¹Directly Observed Treatment, Short-course – közvetlen megfigyelésen, ellenőrzésen alapuló, rövid tartamú kezelés. E módszer költséghatékonysága a fejlett társadalmakban megkérdőjelezhető.

Bővebben: *Vadász Imre*: Hazai és európai tüdőgyógyászati kongresszus Budapesten. *Lege Artis Medicinae* 2000/10. 456-457. pp.

alatt igen nagyszámú úgynevezett elsővonalbeli/elsővonalas tablettá bevételeinek direkt és folyamatos ellenőrzését kell(ene) biztosítani. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy ezen gyógyszereknek lehetnek mellékhatásai. Így például felléphet étvágytalanság, émelygés, súlyosabb esetekben hányás, kísérőjelenségei lehetnek a sárgás bőr, illetve szem, 3 napig, vagy annál hosszabb ideig tartó láz, hastáji fájdalmak, bőrkiütések, fülzúgás, hallásvesztés.¹¹²

Mindemellett ez a betegek közvetlen megfigyelésén alapuló módszer nem alkalmazható, ha a tbc több gyógyszernek ellenálló változata az úgynevezett multirezisztens tbc már elterjedt. Ebben az esetben a baktérium egy olyan fajtájáról van szó, amelyet az ún. elsővonalas gyógyszerek közül legkevesebb kettő képtelen gyógyítani. Ilyenkor az ún. DOTS-PLUS támogatott, amelynek lényege, hogy a célzott gyógyszerfelírás érdekében a baktériumokat a rezisztenciákra vizsgálják. Ennél a stratégiánál a DOTS-hoz képest háromszor-négyszer hosszabb a kezelés tartama, így 18-24 hónapot, sőt akár több mint 2 évet is igénybe vehet. Ezen multirezisztens esetek kezelése nemcsak, hogy jóval több időt igényel, és nagyobb mennyiségben feltételezi az egyébként kevésbé hatékony másodvonalbeli gyógyszereket, de még gyakrabban társul mellékhatásokkal is, és igen költséges. Amíg a DOTS-módszer alkalmazása 10-20 US dollárt jelent, addig a tbc multirezisztens változatánál betegenként 2000-3000 dollárral kell számolni.¹¹³

A multirezisztens tbc különösen Kelet-Európa börtöneiben gyakori, ahol egyes becslések szerint a tbc-betegek körülbelül 30-50%-ánál már a több gyógyszernek ellenálló változat fejlődött ki. Az Orvosok Határok Nélkül elnevezésű segélyszervezet becslései szerint Oroszországban a DOTS-módszer alkalmazásával a szükséges gyógyszerek megvásárlása valamennyi fertőzött orosz fogvatartott kezelésére több mint 2 millió dolláros költséget jelent, e nélkül azonban betegek ezrei fertőződnének meg a több gyógyszernek ellenálló tbc-vel, ami pedig még többbe kerülne.¹¹⁴ Példaként említhető New York City, ahol az állami börtönök esetében a tbc kontrolljának elmulasztása egy több gyógyszernek ellenálló tbc-járványt eredményezett, amelynek megfékezése több mint 1 milliárd dollárt emésztett fel.

Itt jegyezném meg, hogy a WHO szerint a rezisztens baktériumok egyre ellenállóképesebbek lesznek. Az Egészségügyi Világszervezet szakemberei a dél-afrikai Johannesburgban 2002. szeptemberében rendezett konferencián már olyan baktériumról

¹¹² *Laticevschi, D.*: Communicable diseases. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen, 2007. 49. p.

¹¹³ *Auer, C. - Kessler Bodiang, C.*: Sentenced to die? Tuberculosis control in prisons with a focus on the Republics of the former Soviet Union. Swiss Tropical Institute, 2002. 17-18. pp.

¹¹⁴ (Medecins Sans Frontieres) Tuberculosis in russian prisons: Dying for reform. In.: (*Lokshina, T.*, ed.) Situation of prisoners in contemporary Russia. Moscow, Moscow Helsinki Group, 2003., letölthető: <http://www.mrg.ru/english/1F11E20>

számoltak be, amely gyakorlatilag gyógyíthatatlan. Ez a szakértők által gyógyszerekre szélsőségesen ellenálló tbc-nek titulált fajta már a jelenleg használt hat második vonalbeli gyógyszer közül is ellenáll hárommal szemben.¹¹⁵ A WHO felismerve a multirezisztens tbc elleni harc jelentőségét, létrehozta az ún. Green Light Bizottságot,¹¹⁶ melyen keresztül lehetőséget kíván teremteni arra, hogy a kezeléshez szükséges másodvonalbeli gyógyszerek jó minőségben és alacsony áron legyenek hozzáférhetőek. A bizottság által képviselt mechanizmus, valamint további pénzügyi támogatásoknak köszönhetően egyes kelet-európai országok már jelenleg is, mások pedig, ideértve a büntetés-végrehajtási intézeteket is, a közeljövőben elvégezhetik a rezisztens esetek kezelését.

A DOTS-PLUS módszer büntetés-végrehajtási környezetben történő alkalmazásának előfeltételei között említhető egy jól működő és a börtönön belül, valamint kívül megtalálható, egymással kapcsolatban lévő DOTS-program, a börtönrendszeren belül kialakított klinikai központ, megfelelő laboratóriumi háttér, valamint az ún. második vonalbeli gyógyszerek biztosítása.¹¹⁷

Az első komponenssel összefüggésben fontos hangsúlyozni, hogy a DOTS-PLUS alkalmazását megelőzően feltétlenül meg kell bizonyosodni, hogy a klasszikus DOTS-stratégiát az aktív esetek feltárásával és a kezelés megfelelő időben történő megkezdésével teljes egészében végrehajtották-e. A multirezisztens betegek számának növekedése, azaz a DOTS-program eredménytelensége sok esetben ugyanis arra vezethető vissza, hogy a rosszul funkcionáló egészségügyi ellátórendszer gyakorta későn észleli a tbc-fertőzést, és ennek megfelelően elhúzódik a kezelés megkezdése is. A sikertelenség emellett azzal is magyarázható, hogy a terápiára váró fogvatartottak esetenként öngyógyításba kezdenek a börtönön belülről vagy kívülről beszerzett gyógyszerekkel. Ez a nem megfelelő kezelés pedig többet árt, mint használ, hiszen többek között a gyógyszereknek ellenálló tbc kialakulását eredményezheti. Adekvát adminisztratív intézkedésként elengedhetetlenül szükséges ezért valamennyi fogvatartott szűrése, és az érintettek közvetlen átszállítása a kezelés helyszínére. Ezen lépések nélkül ugyanis egy egyébként egészségügyileg jól szervezett tbc-program is sikertelenségre van utalva. Ebből következően a DOTS-PLUS bevezetése mindaddig célszerűtlen, amíg nem oldják meg a kései esetfeltárás és kezelés problémáját.¹¹⁸

¹¹⁵ PubMed: Hírek a nagyvilágból. Gyakorlatilag gyógyíthatatlan, pusztító baktérium közelít!
http://www.mcd.hu/pub_med/2006/06_09/183.htm

¹¹⁶ A bizottság elnevezése feltehetőleg arra utal, hogy szabad utat kíván adni a másodvonalbeli gyógyszerek elérhetőségének.

¹¹⁷ Auer, C. - Kessler Bodiang, C.: i.m. 9.p., 17. p

¹¹⁸ Aerts, A. – de Haller, R.: DOTS and DOTS plus: what's in a name. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2001/5. 879-880. pp.

Az aktív esetfelderítés, azaz a fogvatartottak befogadáskor, illetve azt követően bizonyos rendszerességgel végzett szűrése mellett a DOTS-program fontos komponense a passzív esetfeltárás, amelyet azonban a végrehajtási intézetek gyakorta elhanyagolnak. A fogvatartott által észlelt tünetek jelentkezése esetén a megfelelő diagnózis sokszor nem biztosított. Tekintettel arra, hogy a fertőzés kialakulhat a végrehajtási intézetbe történő befogadást követően elvégzett szűrés, illetve az egyes szűrések között is, így a két esetfelderítés kombinálásával lehetne eredményesebb ellenőrző mechanizmust kiépíteni.¹¹⁹

A DOTS-program végrehajtásának elemzése volt a tárgya annak a tanulmánynak, melyet Oroszország Samara régiójában végeztek a civil, valamint a börtönszektorban. Ismeretesen az Egészségügyi Világszervezet által a jobb esetfelderítés és hatékonyabb kezelés érdekében szorgalmazott stratégia az 1990-es évek óta nemzetközileg elfogadott és ajánlott tbc kezelési program. Az évszázad elején e módszert alkalmazó országok száma már 149 volt. A tbc megelőzésében, hatékony visszaszorításában elért eredmények ellenére az egykori Szovjetunió területén - az egyébként magasan képzett tbc egészségügyi rendszerben - csak korlátozott számú DOTS-program bevezetésére, alkalmazására került sor. Ennek tudható be, hogy e stratégia egyik alapvető összetevője a fertőző esetek felderítése a Szovjetuniótól függetlenné váló országokban a legalacsonyabb (22%) volt. Nem véletlen tehát, hogy a WHO Oroszországot a tbc szempontjából a 22 legveszélyeztetettebb állam közé sorolta.

Ilyen előzmények után kellő várokozás előzte meg a program végrehajtását, az eredmények értékelését. A DOTS-stratégia alkalmazására a 2002. április 1-től 2004. szeptember 30-ig terjedő időszakban 2099 személy bevonásával került sor. Közülük a döntő többség (93,9%) tüdőtbc-s volt, míg 6,1% esetén a fertőzés a tüdőn kívül egyéb szerveket támadt meg. 640 beteg a börtönszektorból került a programba, míg a fennmaradó 1459 személy a szabad társadalomban szenvedett a betegségtől. A fogvatartottak életkora szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a civileké.

A programot két kísérleti tbc tüdőgondozóban, valamint 2 tbc-s börtönkolónián végezték. Ez utóbbiak tekintetében az egyiknél a fekvőbeteg ellátás keretében került sor a terápiára, míg a másiknál, a kezelés folytatásaként a járóbeteg ellátás részeként. Amennyiben tehát a fogvatartottak szabadultak, a kezelés folytatása a civil egészségügyi ellátásban következett be, vagy napi rendszerességgel, vagy heti 3 alkalommal.

A több mint 2 éves program eredményeit értékelve megállapítható, hogy sikeres kezelésre az esetek 75,3%-ban került sor. Ez, összevetve az Egészségügyi Világszervezet

¹¹⁹ Lambregts, K. – Reichman, L.: In reply. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2001/5. 880. p.

célkitűzésével, az elvárt szint alatt maradt, de még így is magasabb volt, mint amit az egyéb régiókból jelentettek. A terápia sikertelensége 7,3%-ot tett ki és nagyobb arányban következett be a kenet-pozitív betegek körében. Emellett magasabb volt a civilek körében, azaz a fogvatartottnál az eredmények látszólag kedvezőbbek voltak. Kissé félrevezető például a halálozási arányok összevetése, amely a börtönlakók esetén 0 volt. Ténylegesen azonban számos fogvatartott meghalt, de a halálesetekre az adatok cenzúrázását követően került sor. A másik tényező, aminek köszönhetően kedvezőbb színben tűnt fel a program végrehajtása a rabok között, hogy igen súlyos betegek szabadítására is sor került, így ezen ex-fogvatartottak halálát már a civil szektorban bekövetkező halálesetként regisztrálták. Összességében egyébiránt a kezelés tartama alatt 28 személy hunyt el, közülük számottevően nagyobb arányt képviseltek (22 fő) azok, akiknek a kenete pozitív volt.

Szembetűnő továbbá, hogy a kezelések elmaradásának alacsony rátái ellenére kifejezetten magas volt a rezisztencia a fogvatartottak körében, ami a rezisztens esetek folyamatos transzmissziójával magyarázható. A kutatást végzők multirezisztens esetek terjedésének megelőzése érdekében ezért külön hangsúlyozták a gyors izolálás fontosságát, illetőleg a büntetés-végrehajtás és a külső tbc szolgálatok közötti jó együttműködés kialakítását. Utaltak arra, hogy a multirezisztens eseteknél a DOTS stratégia nem tartalmaz ugyan specifikus kezelést, mégis a program hatékony végrehajtása elősegítheti a rezisztens esetek transzmissziójának csökkenését is.¹²⁰

A DOTS-PLUS program eredményeinek értékelése volt a tárgya annak a kutatásnak, melyet multirezisztens tbc betegek körében végeztek a nyugat-szibériai Tomszban. A vizsgálatba olyan betegeket vontak be, akik a 2000. szeptember 10-től 2002. szeptember 10-ig terjedő időszakban folyamatosan vettek részt ilyen programban. A szám szerint 244 fő részint a civil lakosság köréből, részint pedig a börtönnépesség soraiból került ki. Az eredményeket értékelve a kutatás elsőként világított rá arra, hogy a betegek alkoholfogyasztása milyen hátrányosan befolyásolja a multirezisztens tbc kezelését. Ezen tényből kiindulva az a végkövetkeztetést vonták meg, hogy alkoholfogyasztó betegek körében az alkohollal összefüggő megfelelő beavatkozások elősegíthetik a kezelés eredményeinek javulását.¹²¹

¹²⁰ Balabanova, Y. – Drobniewski, F. – Fedorin, I. – Zakharova, S. – Nikolayevskyy, V. – Atun, R. – Coker, R.: The Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS) strategy in Samara Oblast, Russian Federation. *Respiratory Research* 2006. 7:44., <http://respiratory-research.com/content/7/1/44>

¹²¹ Shin, S.S. – Pasechnikov, A.D. – Gelmanova, I.Y. – Peremitin, G.G. – Strelis, A.K. – Andreev, Y.G. – Golubchikova, V.T. – Tonkel, T.P. – Yanova, G.V. – Nikiforov, M. – Yedilbayev, A. – Mukherjee, J.S. – Furin, J.J. – Barry, D.J. – Farmer, P.E. – Rich, M.L. – Keshavjee, S.: Treatment outcomes in an integrated civilian and prison MDR-TB treatment program in Russia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2006/10. 402-408. pp.

V.2. „STOP a tbc-nek, avagy állítsuk meg a tbc-t!”stratégia

A tbc megelőzése és kezelése már az 1990-es évek eleje óta, mint globális törekvés fogalmazódott meg a világon. A kérdéskörhöz kapcsolódó és a börtönkörnyezetre irányadó irányelveket az Egészségügyi Világszervezet dolgozta ki 1998-ban, illetve azt követően 2000-ben. Az általános börtönfeltételek következményeként ezen ajánlások végrehajtása nagyon sok országban lassú folyamatként jellemezhető. A WHO nevével fémjelzett DOTS-stratégia kiterjesztésére, továbbfejlesztésére 2006-ban került sor, az ún. STOP a tbc-nek program bevezetésével. Ez az új stratégia nem jelenti a korábbi DOTS-módszer felváltását, sőt éppen ezen stratégiára mint sarokkőre építkeznek és ez képezi alapját a további 5-komponensnek.

Fő célkitűzései az alábbiakban foglalhatók össze:

- meg kell teremteni a magas színvonalú diagnosztizálás és beteg-központú kezelés lehetőségét mindenki számára,
- csökkenteni kell a tbc-vel társuló emberi megpróbáltatásokat és társadalmi-gazdasági terheket,
- a szegény és sebezhető populációkat meg kell védeni a tbc-től, a tbc/HIV együttes előfordulásától, valamint a multirezisztens tbc-től,
- támogatni kell új eszközök kifejlesztését és lehetővé tenni időben történő, hatékony használatukat.

Ezen megújult stratégia 6 komponenset tartalmaz:

- törekedni kell a magas színvonalú DOTS kiterjesztésére és megerősítésére,
- fel kell venni a harcot a tbc/HIV-vel, a multirezisztens tbc-vel és egyéb kihívásokkal szemben,
- elő kell segíteni az egészségügyi rendszer megerősítését,
- igénybe kell venni valamennyi egészségügyi szolgáltatót,
- bátorítani a tbc-vel élő embereket és a társadalmat,
- lehetővé tenni és támogatni kell a kutatásokat.

A stratégia a börtönkörnyezetre fókuszálva további elemeket rögzít. Így kiemeli a multirezisztens tbc megelőzését és kontrollját. Felhívja a figyelmet azokra a kihívásokra, melyeket a fogvatartottak, a menekültek, egyéb kockázati csoportok (alkoholfüggők, injektló drogfogyasztók, cukorbeteg, dohányosok) és speciális helyzetek jelenthetnek. Fontos továbbá az egészségügyi rendszer megszilárdítása, valamint olyan egészségügyi

„szolgáltatókhoz” való kapcsolódás, mint az igazságügyi minisztérium, illetve a belügyminisztérium, illetőleg a börtönkörnyezetre irányuló kutatások támogatása.

A tbc börtönbeli megelőzése, diagnosztizálása, és kezelése a stratégia értelmében több tényező meglétét igényli. Így mindhárom szintér feltételezi

- a politikai támogatást,
- a fertőzések kontrollját,
- az esetfeltárást minőségbiztosított baktériumkutatással,
- az ellenőrzésen és betegtámogatáson alapuló standardizált kezelést,
- a hatékony gyógyszerellátást és igazgatási rendszert,
- az ellenőrző és értékelő rendszert, illetőleg hatásmérést,
- a tbc/HIV elleni együttes fellépést,
- a multirezisztens tbc megelőzését és kontrollját,
- a társadalmi részvételt,
- a támogatást, kommunikációt, szociális mobilizációt,
- és a kutatást.

Az elsőként említett *politikai támogatás* önmagában is több komponensből tevődik össze. Egyrészt azt jelenti, hogy a törvényhozás és a nemzeti irányelvek szintjén egyaránt biztosítani kell a tbc börtönbeli kontrollját. Másrészt alapjaiban feltételezi a szükséges pénzügyi támogatásokat, ami nemcsak a börtön egészségügyi szolgálatok anyagi megsegítésében jelenik meg, hanem érteni kell alatta a személyzet fizetését, a gyógyszerekkel, diagnosztikai eljárásokkal összefüggő költségek fedezését is. Hangsúlyozni kell, hogy a pénzügyi háttér hiánya sok esetben még a költség-hatékony DOTS-stratégia végrehajtását is megkérdőjelezi. Arra is van példa, hogy egyes büntetés-végrehajtások a tbc-t gyógyíthatatlan betegségként tüntetik fel, amit ebből kifolyólag pénzügyileg nem is érdemes támogatni. A valóságban, különösen a több gyógyszernek ellenálló tbc térnyerésével, az anyagi támogatások mindenképpen indokoltak, sőt erkölcsi kötelezettségként is felfoghatók.

A politikai támogatás fontosságát és indokoltságát ismerte fel az 1997-ben Bakuban, Azerbajdzsánban elfogadott ún. Bakui Deklaráció, mely a tbc börtönkörnyezetben történő terjedése ellen sürgető politikai beavatkozást tartott szükségesnek.

A politikai támogatások harmadik összetevője a civil tbc-programokkal való együttműködés, illetőleg integráció. E tekintetben nehézséget jelent, ha a börtön-egészségügy és a nemzeti tbc-szolgálat eltérő minisztérium alá tartozik. Jelenleg Európában csak három olyan ország van (Franciaország, Norvégia és 2005-től Anglia), ahol a börtönök egészségügyi

kérdései az egészségügyi minisztériumhoz tartoznak. A többi országban jellemzően vagy az igazságügyi, vagy a belügyi tárca alá tartozik a börtön-egészségügy, ami negatívan befolyásolja a koordinációt, beleértve a tbc megelőzését és kezelését is. Végezetül a negyedik elem az emberi erőforrás. A gyakorlatban a legtöbb börtönkörnyezetben a szakképzett személyzet hiányáról lehet beszélni. Az alacsony jövedelmek, illetve a fertőző betegségektől való félelem egyaránt okai lehetnek annak, hogy az egészségügyi személyzet nem szívesen vállal munkát büntetés-végrehajtási intézetben. Megfelelő politikai támogatással mindkét tényező kiküszöbölhető lenne. Az Orvosok Határok Nélkül elnevezésű segélyszervezet az oroszországi viszonyokat elemezve megállapította, hogy a másodvonalbeli gyógyszerek alkalmazása több orosz régióban is letisztult irányelvek, megfelelő infrastruktúra és egészségügyi személyzet nélkül történik, ami jelentősen hátráltatja a tbc-elleni hatékony fellépést.¹²²

A következő alapeleme a tbc-stratégiának a *fertőzések kontrollja*, mely magában foglal bizonyos adminisztratív intézkedéseket (a fertőző betegek elkülönítését, gyors esetfeltárást a kezelés egyidejű megkezdésével), műszaki lépéseket (például szellőzési rendszer), harmadsorban pedig személyes védelemre (légzőkészülékek a személyzetnek, illetve fénymaszkok a betegeknek) épül.

Az *esetfeltárás* aktív formájára röntgenvizsgálattal, vagy a köpet mikroszkopikus elemzésével már a befogadáskor valamennyi fogvatartott esetén sort kellene keríteni. A szűrés elmaradása a fogvatartás kezdetén leginkább az őrizetbe vételt foganatosító intézmények esetén jellemző. A passzív esetfeltárás gyakorta ugyancsak illuzórikus, aminek hátterében sok esetben a rendszeren belüli korrupció áll, ami azt eredményezi, hogy az egyes egészségügyi szolgáltatásokért a raboknak fizetniük kell. Ilyen körülmények között a tüneteket felismerő fogvatartottak közül sokan nem jelentik állapotukat és nem veszik igénybe az egészségügyi ellátást.

A köpet mikroszkopikus vizsgálata azonnal meghatározza a legfertőzőbb eseteket, így azt követően közvetlenül megkezdhető az érintett személy izolálása és a kezelése is. Számos börtönkörnyezetben ilyen vizsgálatot azonban vagy egyáltalán nem végeznek, vagy csak elfogadhatatlan minőségben. Gondot jelenthet a szakképzett személyzet hiánya, az alkalmazott eszközök alacsony minősége is. Néhány végrehajtási intézetben számolni kell azzal is, hogy az átszállítások, illetve jobb életkörülmények reményében a pozitív köpetekkel a rabok kereskednek. Ez ugyancsak felveti a személyi állomány képzésének szükségességét a

¹²² Bobrik, A. – Danishevski, K. – Eroshina, K. – Mckee, M.: i.m. 43. p.

tekintetben is, hogy hogyan kellene megfelelően ellenőrizni a fogvatartottak által szolgáltatott mintát.

Ideális feltételek között a minták kitenyésztése és gyógyszer-érzékenységi teszt elvégzése is indokolt lenne, ami ismételten laboratóriumi háttért feltételez. Ennek megteremtése és működtetése azonban igen költséges, így a civil rendszerrel való együttműködés e tekintetben is elengedhetetlenül szükséges.

A *tbc standard kezelésének* ugyanazon irányelvek szerint kell történnie a börtönkörnyezetben, mint a civil szektorban. Az irányelvek kidolgozásában, amelyek ezáltal irányadóak és alkalmazandóak lennének mindkét közegben, a börtönszektor is részt kellene, hogy vállaljon. A fő kihívást azonban továbbra is az ajánlott kezelési módszerek végrehajtása jelenti. Tekintettel arra, hogy a kezelés figyelemmel kísérése, nyomon követése a börtönökben nem könnyű feladat, ezért sok esetben pszichológusok és/vagy fogvatartottak általi oktatás is szükséges lehet annak érdekében, hogy megértessék az érintettekkel a kezelés szerepét, jelentőségét és egyúttal meghallgassák a betegeket is.

A *hatékony gyógyszerellátás* ugyancsak elengedhetetlen feltétele a sikeres tbc-kezelésnek. A megújult tbc-stratégia értelmében a tbc elleni készítményeket ingyenesen kellene biztosítani valamennyi betegnek, nemcsak azért, mert többségük anyagilag nem engedhetné meg magának, hanem azért is, mert a kezelés előnyei az egész társadalomra kihatással vannak. Jellemzően azonban az első vonalbeli gyógyszerek esetenként, míg a másodvonalbeliek gyakorta hiányoznak, illetve nem megfelelő minőségben állnak rendelkezésre. A multirezisztens tbc kezeléséhez szükséges másodvonalbeli gyógyszerek könnyebb elérhetősége érdekében a WHO hozott létre egy munkacsoportot, melynek rövidtávú céljai között szerepel ezen tbc-elleni szereknek a biztosítása az alacsony, illetőleg közép-jövedelmű országok számára. A munkacsoport felhívta a figyelmet arra, hogy a DOTS-PLUS program sikeres végrehajtásának egyik fő akadály a másodvonalbeli gyógyszerek beszerzése. Ezt kiküszöbölendő felvette a kapcsolatot a gyógyszeripar képviselőivel és sikerült egy olyan megállapodást tető alá hozni, mely kedvező árakon teszi lehetővé a készítmények megvásárlását a DOTS-PLUS projektek számára. A projektek jóváhagyása a munkacsoport által felállított – már korábban hivatkozott- Green Light Bizottság feladata.¹²³

A *tbc-ellenőrző és értékelő rendszer* számos országban gyenge lábakon áll. Ebben a helyzetben a nemzeti tbc programoknak kellene aktív szerepet vállalniuk a börtön-egészségügyi szolgálatok bevonásával, ami nemcsak a személyzet tbc-vel összefüggő

¹²³ Bővebben: (World Health Organization): DOTS-PLUS & the Green Light Committee, 2000., WHO/CDS/TB/2000.283.

képzésére terjedne ki, hanem magában foglalná a laboratóriumi munka, az esetfeltárások, a jelentések ellenőrzését is. Járványügyi célokból, és a betegek jobb figyelemmel kísérése érdekében ajánlatos egy olyan rendszer követése, melyben a börtönök tbc programjai a civil programok felé jelentik az egyes eseteket, illetve a kezeléseket, emellett tevékenységüket külső felügyelők ellenőrzik, és értékelik.

Ahogy arra már utalás történt az aktív tbc kialakulása szempontjából a legjelentősebb kockázati tényező a HIV fertőzés. E két fertőző betegség visszaszorítása érdekében követni kell(ene) mindazon politikákat, melyek együttesen teszik lehetővé a HIV és a tbc méreteinek csökkentését, azaz arra irányulnak, hogy redukálják a tbc előfordulását a HIV betegek körében, illetve a HIV jelenlétét a tbc-ben szenvedők körében. A *tbc/HIV elleni együttes fellépésnek* fontos elemei a befogadáskor elvégzett szűrések és az esetfeltárások. A HIV teszt elvégzését ezért minden esetben ajánlani kellene a fogvatartottak számára. Amennyiben pedig a szűrés elvégzését a fogvatartott visszautasítaná, döntését tiszteletben kell tartani, azaz azt el kell fogadni.

A *multirezisztens tbc megelőzését és kezelését* vizsgálva a gyenge tbc-programok sok büntetés-végrehajtást jellemeznek. Ahogy arra már többször hivatkoztam, amennyiben a tbc ezen válfaja kezelés nélkül marad, illetve nem megfelelően kezelik, akkor még több új gyógyszernek ellenálló rezisztens esetet hív életre és gyakorlatilag gyógyíthatatlanná válik. Ezért fontos, hogy a másodvonalbeli gyógyszerek alkalmazása mellett növeljék a tbc-programok hatékonyságát is. E két tényező együtt lehet csak képes gátat vetni a multirezisztens esetek megfékezésének.

A *közösségi részvétel* a tbc elleni küzdelemben magában foglalja az egészségügyi szolgálatok és a társadalom - a betegek és a helyi lakosság – közötti munkakapcsolat kialakítását. Tekintve, hogy a fogvatartottak szabadulásuk után ismét visszakérülnek a társadalomba, a közösség, ezen belül elsőként a család bevonása a folyamatba mindenképpen szükségszerű.

Az utolsó előttiként említett *kommunikáció és a szociális mobilizáció* ugyancsak döntően befolyásolhatják a börtönök tbc-kontrollját. Az előbbi jelentősen növelheti a tbc-vel összefüggő tudást a börtönszemélyzet, a fogvatartottak és hozzátartozóik körében. A betegség jobb megértésével, megismerésével pedig hatékonyabb együttműködés jöhet létre a fogvatartotti és a fogvatartói oldalon, ezzel is elősegítve a transzmisszió visszaszorítását. A szociális mobilizáció célja a társadalom összefogásának megteremtése, együttes fellépés és szerepvállalás a tbc-vel járó diszkrimináció és stigmák ellen, az előítéletek leküzdése, különösen a szabadulás utáni időszakra koncentrálva.

Végezetül a *kutatók* elősegíthetik többek között az egészségügyi szolgálatok javulását, a tbc megelőzését és kezelését. Irányulhatnak például azon szociális és kulturális faktorok feltérképezésére, melyek a betegséghez társulnak, szolgálhatják egészségügyi oktatási stratégiák kimunkálását, a betegek helyzetének jobb megértését és nem utolsósorban új diagnosztikai eljárások, gyógyszerek és védőoltások kifejlesztését is.¹²⁴

V.3. A megelőzés

A tuberkulózis megelőzése részint általános, részint specifikus intézkedések sorával biztosítható. Az *általános*, avagy generális *feltételek* közül kettő bír alapvető jelentőséggel. Így egyrészt elengedhetetlenül szükséges lenne a börtönfeltételek javítása (különösen a túlszűfoltosság enyhítése), másrészt pedig annak megteremtése, hogy a fogvatartottak igénybe vehessék, elérhessék az egészségügyi szolgáltatásokat.

A *specifikus intézkedéseket* tekintve a tbc transzmissziójának megszakítása közvetlenül két szinten történhet. Először a megelőzés ugyanis arra irányul, hogy a fertőzött személlyel kapcsolatba kerülő személyek ne kapják meg a fertőzést, másodsorban pedig arra, hogy a már megfertőzött személyeknél elkerüljék a betegség kialakulását.

Az *elsődleges szinten* a transzmisszió megelőzése érdekében elengedhetetlenül szükséges:

- a) a korai esetfelderítés,
- b) a megfelelő időben és módon folyó kezelés,
- c) valamint a fertőzést kontroláló beavatkozások alkalmazása.

a) Az elsőként említett *korai esetfeltárás* három módon hajtható végre: ön-beutalással (passzív esetfeltárás), a végrehajtási intézetbe történő befogadáskor elvégzett szűréssel, végezetül a fogvatartottak közötti aktív esetfelderítéssel.

A *passzív esetfeltárás* szempontjából alapvető jelentőséggel bír a tbc-vel összefüggő oktatás. Az érintettek ugyanis csak a szükséges információk birtokában ismerhetik fel a fertőzés tüneteit és kérhetnek egészségügyi kezelést. Fontos továbbá a fogvatartottakban annak tudatosítása, hogy a tbc gyógyítható és gyógyítást is igényel, ellenkező esetben kezelés nélkül a fertőzésből betegség alakulhat ki, illetve halálhoz és a fertőzés további terjedéséhez

¹²⁴ (WHO) Status Paper on Prisons and Tuberculosis, Copenhagen, 2007. 8-18. pp. és (WHO) The STOP TB STRATEGY. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals, Geneva, 2006. 9-16. pp., WHO/HTM/STB/2006.37.

vezethet. A rosszul, vagy nem teljes körűen kezelt betegek ugyanis nemcsak hogy rezisztensekké válhatnak, azaz gyakorlatilag gyógyíthatatlanok lesznek, hanem a több gyógyszernek ellenálló változat terjesztésével a helyzetet szinte kezelhetetlenné teszik.

Általánosságban elmondható, hogy a passzív esetfeltárás eredményessége a börtönkörnyezetben korlátozott. A fertőzés ugyanis megbélyegzi a tbc-betegeket, ezért sok esetben a fogvatartottak maguk akadályozzák meg a diagnózis felállítását. Gyakori, hogy félnek a megszokott végrehajtási intézetből egy másikba történő átszállítástól, illetve attól tartanak, hogy kezelésük késleltetné szabadulásukat. Mindent megtesznek ezért annak érdekében, hogy a fertőzés, illetve a betegségük titokban maradjon.

Elmondható továbbá, hogy a tbc gyanúja előnyös és hátrányos vonásokat egyaránt hordoz magában. Előnyként könyvelhetjük el, hogy a tbc fertőzőesetek több mint 90%-ánál jelentkeznek tünetek, amelyek feltárását egyszerűen és olcsón lehet kivitelezni. Hátrányként említhető ugyanakkor, hogy a tünetek nem csak és kizárólag a tbc-re utalhatnak, hanem más légzőszervi megbetegedések gyanújelei is lehetnek. Ide kapcsolódóan arról sem szabad megfeledkezni, hogy a fogvatartottak könnyen megtanulhatják a fertőzés tüneteit, ami visszaélésekre adhat okot. A szabadulás érdekében letagadhatják azokat, míg a jobb végrehajtási körülmények reményében a szimptómákat megpróbálhatják „eljátszani.”

Fontosnak tartom megjegyezni, hogy az eredményes diagnózis érdekében a tbc-gyanús betegeknél három egymást követő napon kell(ene) köpetmintát venni. Ez a három minta ugyanis megnöveli annak az esélyét, hogy a beteg köpetében megtalálják a tbc baktériumát. Szükséges lenne továbbá a minták összegyűjtését egy jól szellőző helyen, a kora reggeli órákban elvégezni. Ez utóbbinak oka, hogy ilyenkor szintén nagyobb a valószínűsége a baktériumok kimutathatóságának. Ide kapcsolódó követelmény, hogy a minták begyűjtését közvetlenül figyelemmel kellene kísérni, ezzel kivédendő, hogy egyes fogvatartottak fals mintát szolgáltatassanak. Végezetül a mintákat elemzés végett meg kell küldeni a laboratóriumba.¹²⁵

A korai esetfeltárás másik fontos eleme a *befogadáskor elvégzett szűrővizsgálat*, amellyel meggátolható lenne a fertőzés transzmissziója. Mivel sok fogvatartott olyan társadalmi közegekből érkezik, melyben gyakori a tbc előfordulása, ezért ha a szűréssel bebizonyosodik a fertőzés, akkor a többi fogvatartott egészségének védelme érdekében sem szabadna megfelelő óvintézkedések alkalmazása nélkül helyet adni a befogadásnak.

¹²⁵ Bone, A.: Tuberculosis and HIV/AIDS. HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states. Geneva: WHO, 2001. 158. p.

A korai esetfeltáráshoz szorosan kapcsolódik egy további specifikus prevenciós intézkedés, az izoláció kérdése. A fogvatartottak elhelyezésénél a szűrést követően ezért figyelembe kell venni a fertőzés transzmissziójának kritériumait. Ez azt jelenti, hogy a tbc-s fogvatartottakat el kell szigetelni a többi fogvatartottól, illetve a fertőző tbc-ben szenvedőket ugyanacsak elkülönítve kell tartani a nem fertőző tbc-betegektől. A később tárgyalandó HIV fertőzéssel szemben itt tehát alapvető prevenciós eszköz a szegregáció, ezen lépésnek a tbc esetén létjogosultsága van. Az azonnali izolálás ugyanis megakadályozhatja a fertőzés átadását. Ez utóbbi ugyanakkor a túlzsúfolt végrehajtási intézetekben gyakorta kivitelezhetetlen, így ezzel is magyarázható, hogy a börtönökben 10-szer-100-szor gyakoribb a tbc előfordulása, mint a civil társadalomban.

Sok büntetés-végrehajtás esetén jellemző, hogy a kenet-pozitív betegek kezelésük intenzív fázisát részben vagy teljes egészében kórházban töltik. Esetükben a tbc-szárnyakban történő elhelyezés segíthet csökkenteni a fertőzés kockázatát. Fontos azonban, hogy ezen tbc-részlegekbe csak azt követően kerüljenek a fogvatartottak, miután a fertőzést diagnosztizálták. Ezáltal elkerülhető, hogy kitegyék a fertőzésveszélynek azokat a tbc-gyanús személyeket, akikről később bebizonyosodik, hogy nem fertőződtek meg a tbc-vel. Végezetül, ahol csak lehetséges, tanácsos a HIV-pozitív fogvatartottakat elkülöníteni a tbc-gyanús esetektől, valamint a betegektől.

Az *aktív esetfeltárás* periodikus és szisztematikus szűrését jelenti a fogvatartotti népességnek. A gyakoriságot számos tényező befolyásolja, így megemlíthető a betegség előfordulási gyakorisága, illetve kihatással lehetnek rá a pénzügyi és emberi erőforrások is. A kelet-európai börtönökben, ahol a fertőzés igen jelentős méreteket ölt, a szakértők szerint indokolt lenne a szűrést minden hat hónapban elvégezni.

A szűrés során az esetfeltárás 3 módszere alkalmazható: így egyrészt elvégezhető a fogvatartotti állomány tuberkulin bőrtesztje, sor kerülhet röntgenvizsgálatra, valamint kérdőíves vizsgálatok is segíthetnek kiszűrni a megbetegedéseket. Akármelyikre essen is a választás, fontos kiemelni, hogy szükséges és indokolt lenne minden tbc-gyanús személy köpetének vizsgálata.

A hivatkozott három eszköz közül kétségtelenül a legkevésbé költséges a kérdőívek alkalmazása, ugyanakkor ez tekinthető a legkevésbé hatékonyaknak, lévén a már hivatkozott stigmák miatt igen kevésbé megbízható. A tbc bőrteszt a fertőzés szempontjából különösen gyakori környezetekben, így például a büntetés-végrehajtási intézetekben sem tekinthető megfelelő eszköznek, ezért alkalmazása is szűk körű. A röntgenvizsgálattal szemben ugyanacsak felhozhatók ellenérvek. A magas működési és fenntartási költségek mellett a

röntgenfilmek olvasása kellő szakértelmet igényel, ami nem minden esetben biztosított. Ez utóbbi módszerrel tehát a pénzügyi és az emberi erőforrások egyaránt meghatározó tényezők lehetnek és az alkalmazás ellen szólhatnak.

b) A fertőzés átadásának megelőzésében a következő lehetséges módozat a *megfelelő kezelés* elkezdése, mégpedig a lehető legkorábbi időpontban. Maga a kezelés két fázisra tagolódik: az első két hónap a terápia kezdeti fázisa, míg a 4-6. hónap tekinthető a fenntartó szakasznak. A kezdeti fázisban a terápia során négy-öt gyógyszer kombinált alkalmazására kerül sor. Amennyiben az alkalmazott gyógyszerekre a bacilusok érzékenyek, úgy a többségük 1 hónapon belül elpusztítható. A baktériumok gyors pusztulásának köszönhetően a fertőzött személy 2 hét leforgása alatt nem-fertőzött státuszba kerül. A tünetek ugyancsak javulnak. Emellett 2 hónapon belül a kenet-pozitív betegek többsége kenet-negatívvá válik.

A fenntartó fázisban két-három gyógyszer szedése szükséges, ugyanakkor hosszabb időn keresztül. A kezelés tartama minimum 6 hónap, ami alatt a még életképes baktériumok a gyógyszerekkel megsemmisíthetők. Tekintettel a javasolt gyógyszerek nagy számára és az esetenként 6 hónapot is meghaladó hosszú terápiára, érthető, hogy a bevétel pontos, közvetlen ellenőrzése a végrehajtási intézetekben gyakorta nehézségekbe ütközik. Amennyiben tehát a helyi feltételek nem teszik lehetővé a közvetlen ellenőrzésen alapuló terápiát, úgy törekedni kell a lehető legközelebbi időpontokban elvégezni az ellenőrzést, ami például heti rendszerességet takarhat.

Kelet-Európában további problémát jelent, hogy a tbc-vel fertőzött fogvatartottak jelentős hányadánál már a gyógyszereknek ellenálló rezisztens változat jelentkezett. Ezeknél a személyeknél a kezelés igen bonyolult és azzal is számolni kell, hogy esetükben a fertőzés még hosszú időn keresztül fennmarad. A gyógyszer-rezisztencia kockázata azonban kevésbé jellemző a fenntartó fázisban, tekintettel arra, hogy ilyenkor már kevesebb életképes baktériummal kell számolni. Ahogy arra már többször utaltam a rezisztencia kialakulása ugyanakkor jól kivédhető (lenne) a DOTS-stratégia alkalmazásával.

c) A transzmisszió megelőzésének harmadik módja a fertőzést kontrolláló beavatkozások alkalmazása, amelyek a levegőben lévő *fertőző részecskék számának csökkentésére* irányulnak. E tekintetben a legjobb módszer egy olyan irányzott kezelés, mellyel a fertőző beteg köhögése 2-3 hétre csökkenthető. Emellett bizonyos alapvető higiéniai szabályok betartása is nagyon hatékony lehet. Így köhögés, valamint tüsszentés esetén a száj eltakarása szignifikánsan csökkentheti a levegőben lévő baktériumok számát. A levegőben lévő részecske-koncentráció redukálásának további módja a szellőztetés biztosítása, mely az ablakok nyitva tartásával könnyen elérhető. Hatásos lehet a napsugárzás is, de csak akkor, ha

a napfény elérheti a baktériumokat. Itt jegyezném meg, hogy az orosz előzetes letartóztatást foganatosító intézetekben, különösen Szibériában, a nagy hideg miatt az ablakokat gyakorta folyamatosan zárva tartják, emellett biztonsági okokból fém zsaluk védik az épületeket. Ezáltal nemcsak a napfény, hanem a levegő beáramlását is megakadályozzák a zárkákba. Ezen egyszerűen kivitelezhető prevenciós lépés ilyenformán végrehajthatatlan.

Végezetül megemlíteném az ún. nagy hatékonyságú arc-maszkok viselését, mellyel mind a látogatók, mind a végrehajtási személyzet tagjai számára elkerülhető lenne a fertőzést okozó baktériumok belélegzése. Használata különösen a tbc-betegekkel közvetlen kapcsolatban lévő egészségügyi dolgozók esetén indokolt. Magas költségei miatt azonban alkalmazása jelentős mértékben korlátozott. Léteznek továbbá a műtéti beavatkozásokhoz rendszeresített maszkok, melyek csökkenthetik annak a kockázatát, hogy viselőjük más személyt is megfertőzzön. Ilyet esetenként egészségügyi dolgozók is használnak, de ténylegesen kis védettséget kapnak, mivel ez az eszköz nem képes megakadályozni, hogy a levegőbe került baktériumokat ne lélegezzék be.¹²⁶

A *tbc transzmissziójának második szintjén* a betegség megelőzésére két beavatkozás kínálkozik. Egyrészt a *BCG oltás* azok számára, akiknél nagy a kockázata a fertőzésnek, másrészt egy *preventív jellegű kezelés* annak érdekében, hogy a fertőzött személyeknél a betegség ne alakuljon ki. Az első módszer kapcsán az alapvető ellenvetés, hogy ez az oltás a felnőttek esetén nem nyújt védelmet. Amíg tehát a gyermekek esetén a kedvező hatása kétségtelen, addig felnőttkorban az újraoltás hasznosságának nincs értékelhető tudományos bizonyítéka.¹²⁷ Ebből következően a felnőttkorú fogvatartottak vonatkozásában a BCG oltás, mint prevenciós eszköz nem bír jelentőséggel.

A *megelőző kezelés* célja annak megfékezése, hogy a fertőzésből kialakuljon a betegség. Hatékonyságát tekintve hozzávetőleg csak 6-9 hónap eltelte után tekinthető eredményesnek. Azokban az esetekben pedig, amikor a baktérium már rezisztens az általánosan alkalmazott gyógyszerekre, ezen terápia nem használható. Mindemellett a preventív kezelés nem is ajánlott valamennyi fogvatartott számára, sokkal inkább olyan célcsoportok esetén alkalmazható tbc-stratégia, amikor a csoport tagjai körében nagy a kockázata a betegség kifejlődésének. Ez a börtönkörnyezetben 3 személyi körre koncentrálódik: a leginkább veszélyeztetett HIV fertőzöttekre, a kenet-pozitív fogvatartottakkal kapcsolatban lévő személyekre, végezetül a női börtönökben a tbc-s anyák

¹²⁶ Maher, D. – Grzemska, M. – Coninx, R. – Reyes, H.: Guidelines for the control of tuberculosis in prisons. WHO/TB/98.250, Geneva, World Health Organization, 1998. 43- 58. pp.

¹²⁷ Vadász Imre: i.m. 456. p.

kisgyermekre. Ez utóbbi esetben különösen az anyatejjel táplálás jelenti a fertőzés nagy kockázatát. Ilyenkor az időben megkezdett és megfelelően alkalmazott kezelés a legjobb módja a transzmisszió megelőzésének. Egy 6 hónapon keresztül tartó isoniazid kezelés mellett a csecsemők számára feltétlenül szükséges a BCG védőoltás beadása is.¹²⁸

A megelőzés eszköztárának táblázatos megjelenítését az alábbi ábra szemlélteti.

Megelőzés			
←		→	
Általános intézkedések		Specifikus intézkedések	
↙ ↘		↙ ↘	
A börtönfeltételek javítása	az egészségügyi szolgáltatások biztosítása	I. szint A fertőzés transzmissziójának megelőzése	II. szint A betegség kialakulásának megelőzése
		1. korai esetfeltárás (passzív esetfeltárás, szűrés, aktív esetfeltárás)	1. BCG-oltás
		2. megfelelő kezelés	2. megelőző kezelés
		3. kontroll-beavatkozások (a fertőző részecskék számának csökkentése)	

Összefoglalásként elmondható, hogy a végrehajtási környezetben a prevenció legjobb módszere a korai diagnózis kombinálása a hatékony kezeléssel. Ehelyütt ismételten hangsúlyoznám, hogy – függetlenül attól melyik minisztérium felelős a tbc megfékezéséért – ugyanazon standardokat, irányelveket kellene követni, és protokollt alkalmazni, mint a civil, külső egészségügyi ellátás keretében.¹²⁹

A terápia eredményessége és az ellenőrzés szempontjából pedig egyaránt az a kedvező, ha a kezelés ugyanabban a börtönben kezdődik meg, mint ahol befejeződik.

¹²⁸ Maher, D. – Grzemska, M. – Coninx, R. – Reyes, H.: i.m. 59. p.

¹²⁹ Veen, J.: Tuberculosis control in prisons. 76-80. pp.

Amennyiben ez nem lehetséges, a börtönhatóságoknak kellene biztosítani, hogy legalább a kezelés első fázisában, azaz az első két hónap alatt ne kerüljön sor átszállításra. Ha pedig a második fázisban történik meg a börtönváltás, akkor a kezelés folytatását és befejezését a másik végrehajtási intézetnek kellene garantálnia.¹³⁰

A specifikus intézkedések keretében végül külön kell szólni a betegek egészségügyi oktatása mellett a végrehajtási személyzet képzéséről és motiválásáról. A tbc-ről, illetve a hozzá kapcsolódó kockázati faktorokról (HIV, injektáló drogfogyasztás, alkoholizmus stb.) szóló nyitott beszélgetések sokat segíthetnek a végrehajtási személyzetnek és a fogvatartottaknak is abban, hogy jobban megértsék a betegség természetét, megismerjék a tüneteket, a lehetséges kezelési módokat, ezáltal pedig elősegíthetik a prevenciót a transzmisszió mindkét szintjén. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a börtönökben gyakori az információhiány és tájékozatlanság, többek között a fertőző betegségekkel kapcsolatban. A mindkét oldalra kiterjedő oktatás-képzés így hozzájárulhat a fertőzéssel szembeni félelmek leküzdéséhez és prevenciós feladatokat is betölthet. A börtönök szubkultúrája elvárja ugyan, hogy a fogvatartottak és fogvatartóik az ellentétes oldalon álljanak, de a különféle fertőző betegségek, így a tuberkulózis kezelése is megköveteli, hogy az érintettek között együttműködés jöjjön létre.

V.4. A közép-kelet-európai helyzet

2001-ben a WHO becslései szerint kb. 484.000 új tbc-s volt Európában, ami a teljes tuberkulózis esetek 6%-át tette ki. Az Egészségügyi Világszervezet minden új fertőzött 1%-át HIV pozitívnak becsülte és a felmérések alapján az AIDS-es felnőtt lakosság 35%-a halt meg tüdőbajban. A XX. század végére az egykori Szovjetuniótól függetlenné váló államokban a tuberkulózis szignifikáns növekedése mutatkozott. A legdrámaibb mérvű emelkedés a tbc 100.000 lakosra jutó előfordulásában Grúziában volt megfigyelhető, ahol az 1989-ben rögzített 30-ról a mutató 195-re emelkedett, azaz 6,5-szeresére nőtt.¹³¹

2001-ben az Orosz Föderációnak volt a 9. legnagyobb tbc-s állománya a világon. A 2002. májusában közzétett hivatalos statisztika alapján több mint 84.000 fogvatartottnak volt tbc-je, többségük fiatal felnőtt férfi.¹³² Oroszországban a fertőzés, illetőleg a betegség azonban nem csak a börtöntársadalomra korlátozódik, hanem az egész országot érintő

¹³⁰ (WHO) Status paper on Prisons and Tuberculosis, Copenhagen, 2007. 7. p.

¹³¹ *Toungoussova, O.S. – Bjune, G. – Caugant, D. A.*: Epidemic of tuberculosis in the former Soviet Union: Social and biological reasons. Tuberculosis 2006/86. 2. p.

¹³² (*Medecins Sans Frontieres*): i.m. 1. p.

problémaként jelentkezik, mégis a börtönkörnyezetben a fertőzés rátája mintegy százszorosa a civil szférában mértnek. A tbc „feltámadása” a Szovjetunió felbomlását követően a közegészségügyi infrastruktúra és különösen a tbc szolgálatok hanyatlásának volt betudható. A rosszul fizetett, és gyakorta rosszul képzett börtön-egészségügyi személyzet motiválatlansága, avagy szegényes motiváltsága révén az egészségügyi ellátás szakszerűtlensége sokszor vezetett, illetve vezet napjainkban is kései diagnózishoz, ami a kezelés eredményességét értelemszerűen negatívan befolyásolja.

Oroszországban és a térség más országaiban is alapjaiban befolyásolja a tbc-helyzetet, valamint nehezítheti a DOTS program végrehajtását a börtönökben uralkodó hatalmi struktúra is. Tekintettel arra, hogy a tbc-betegek a többiekhez képest jellemzően kedvezőbb végrehajtási feltételeket élvezhetnek (például nagyobb tápértékű élelem, jobb elhelyezés, kevésbé szigorú biztonsági intézkedések, jobb láthatási, látogatófogadási lehetőségek), a hierarchia csúcsán elhelyezkedő befolyásos rabok gyakorta megpróbálnak bekerülni a tbc kezelési programjába, mégpedig függetlenül attól, hogy megfertőződtek-e vagy sem. A hatalmi struktúrában betöltött pozíció ilyenformán befolyásolhatja az egészségügyi dolgozók döntését a tekintetben, hogy kiket kezeljenek, illetve a kezelésre hol kerüljön sor. Az igen rosszul fizetett börtönorvosok kenőpénz fejében vagy szemet hunynak a köpetek cseréje felett, vagy nyomást gyakorolnak a laborban dolgozó technikusokra, hogy az egyébként negatív mintát minősítsék pozitívnak. Emellett arra is van példa, hogy a hierarchia alján elhelyezkedő tbc-betegeket kötelezik, kényszerítik társaik a kezelés során kapott gyógyszerek szétszétására. Egyes betegek saját céljaik elérése érdekében megpróbálják felhalmozni a pirulákat. Vannak akik eladják a személyi állománynak, megint mások a családi látogatások alkalmával adják át azokat hozzátartozóiknak, vagy adott esetben abból próbálják felhalmozódott adósságukat törleszteni. Egyes fogvatartottak tehát a jobb végrehajtási körülmények reményében akarnak a programba bekerülni, illetve ott bent maradni, míg mások attól félnek, hogy aktív tbc-jük késlelteti szabadulásukat. Ennek elkerülése érdekében fogvatartott társaiktól igyekeznek negatív köpetet szerezni. Mindezen tényezők jelentősen megnehezítik az egészségügyi személyzet gyógyszer-bevételt ellenőrző munkáját. A rabok trükkjei miatt így a program hatékonysága kerül, avagy kerülhet veszélybe.¹³³

¹³³ *Reyes, H. – Coninx, R.: Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. British Medical Journal 1997/7120. 1447-1450. pp.*

A fentiek tükrében nem meglepő, hogy az egykori Szovjetunió börtöneiben a tbc 100.000 fogvatartottra jutó előfordulását 2001-ben 5000-7000 közé becsülték.¹³⁴ Emellett a több gyógyszerrel szemben ellenálló tbc szempontjából Oroszország ugyancsak a legmagasabb mutatóval rendelkező országok közé sorolható. Az új esetek 13,7%-ot tesznek ki, míg a korábban már kezelt eseteken belül ezen multirezisztens tbc előfordulása 25,9%. A multirezisztens tbc transzmissziója szempontjából a fő forrásnak a büntetés-végrehajtási intézetek tekinthetők, az elsődleges eseteknél 22,6%-kal.¹³⁵ Az arhangelszki börtönben az új esetek 34%-a, míg a korábban már kezelték 55%-a volt multirezisztens 2001-ben. Ugyanebben az évben a samarai börtönben a rifampinnal szemben ellenálló változat 80%-ot, az isoniazidra rezisztens pedig 60%-ot tett ki.¹³⁶

Az orosz büntetés-végrehajtásnak így a túlsúlyosság és a pénztelenség mellett a tbc egyre fokozódó problémájával is szembe kell néznie. A végrehajtási intézetek pedig a különféle fertőző betegségek számára táptalajként szolgálnak. Ennek oka 3 meghatározó faktorban keresendő: így a tbc kialakulását alapvetően befolyásolják a fogvatartás feltételei, a hatékony terápiához szükséges erőforrások hiánya, végezetül a börtönök és a külső egészségügyi hálózat közötti szegényes koordináció.¹³⁷

A helyzet súlyosságát felismerve a Világbank 48 millió dollár összegű kölcsönt adott a tbc-program végrehajtási intézetekben történő finanszírozására. A pénzügyi támogatásnak is betudhatóan 1998-hoz képest 2002-re a tbc rátája 15%-kal csökkent,¹³⁸ de továbbra is a teljes börtönnépesség több mint 40%-a szenvedett a betegség valamelyik formájában, és több mint 10%-nál már az aktív tbc jelentkezett. A 2003-as évre vonatkozó adatok alapján a 100.000 lakosra jutó előfordulása a fertőzésnek 83.2 volt, míg a végrehajtási környezetben 2002-ben ez az arányszám átlagosan 2.028 volt (egyres régiókban a 100.000 főre számított mutató 1.163, másutt 4.173 volt).¹³⁹

A halálozási ráta a 2000-es évre vonatkozóan 100.000 fogvatartottra vetítve 3118 volt. 2001-ben a civil társadalomban 100.000 lakosra vonatkoztatva ugyanez az arányszám 19,9

¹³⁴ Veen, J.: Tuberculosis, HIV and harm reduction in prisons in countries of the Former Soviet Union. *Connections* 2005/5. 7. p.

¹³⁵ Lafontaine, D. – Slavuski, A. – Vazhnina, N. – Sheyanenko, O.: Treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Russian prisons. *Lancet* 2004/363. 246-247. pp.

¹³⁶ Tounoussova, O.S. – Bjune, G. – Caugant, D. A.: i.m. 4.p.

¹³⁷ Coker, R.: Detention and mandatory treatment for tuberculosis patients in Russia. *The Lancet* 2001/358. 349.

¹³⁸ Walmsley, R.: Further developments in the prison systems of Central and Eastern Europe. Achievements, problems and objectives. Helsinki, 2003. 39. p.

¹³⁹ Bővebben: Yurieva, M. – Sazhin, V.: TB prevalence in prison system. *Zdravooohranenie Severo-Zapada* 2002/1. 61-64. pp.

volt, a börtönnépesség esetén pedig 40-szer magasabb értékeket jelzett.¹⁴⁰ Találónan jegyezte meg Nils Christie norvég jogász és szociológus Büntetésipar című munkájában, hogy Oroszországban az elítélteket nem végzik ki, csak hagyják őket meghalni.¹⁴¹

Itt említeném meg, hogy amíg az orosz börtönökben a végrehajtási feltételek javulásának hatására a halálozási ráták csökkenéséről lehet beszélni, ez az állítás nem állja meg a helyét a mentális és a fertőző betegségek tekintetében. Ez utóbbiak halálozási rátája ugyanis továbbra is igen magas maradt. 2002-ben például a három vezető halálozási ok közül a végrehajtási intézetekben az első helyen a szív-és érrendszeri megbetegedések álltak (32%) és a második helyet foglalták el a fertőző betegségek (27%).¹⁴²

A járvány terjedése szempontjából 2 további nehézséggel kell, hogy a térség szembenézzon. Egyrészt a leghatásosabb gyógyszerekkel szemben ellenálló multirezisztens esetek számának növekedése a betegséget szinte teljesen kezelhetetlenné teszi. Ezen több gyógyszernek ellenálló multirezisztens tbc előfordulása az Egészségügyi Világszervezet jelentése szerint kifejezetten magas az egykori szovjet tagköztársaságokban, így Észtországban, Kazahsztánban, Lettországon, Litvániában, Üzbegisztánban és Oroszországban. Ezen államokban tízszer több ember betegszik meg a tbc ezen fajtájától, mint a világ más részein.¹⁴³

Minden negyedik új betegből 1 már multirezisztens tbc-s, míg azok közül, akik a betegséget korábban kapták meg (a betegek többsége a börtönben) két betegből egy drogfüggő. Másrészt a HIV túlsúlyban van a kábítószer-fogyasztók között, akik pedig gyakorta fogvatartottak. Számukra tehát a két fertőzés együttes jelentkezése szinte elkerülhetetlen, hiszen a tbc kialakulása szempontjából az egyik legfontosabb veszélyfaktor a HIV.¹⁴⁴ A HIV pozitív fogvatartottak száma az orosz büntetés-végrehajtási intézetekben emellett ugyancsak emelkedő tendenciát mutat: amíg 1995-ben 7 fertőzött személyt tartottak nyilván, 2002-ben számuk már meghaladta a 33.000-t.¹⁴⁵

Lettországban az állami tbc-központ adatai alapján a HIV-vel és tbc-vel egyaránt megfertőzött személyek száma az 1994-ben regisztrált 1-ről 2003-ra 40-re emelkedett.

¹⁴⁰Fighting tuberculosis in prison conditions. Guidance document 1. Improving prison healthcare in Eastern Europe and Central Asia. 2004. 2-3. pp.

¹⁴¹Christie, N.: Büntetésipar. A nyugati típusú gulágok felé. Osiris Kiadó, Budapest, 2004. 87. p.

¹⁴²Bobrik, A. – Danishevski, K.- Eroshina, K.-Mckee, M.: i.m. 37-41. pp.

¹⁴³(World Health Organization): Antituberculosis drug resistance in the world. Third Global Report, Geneva 2004. 17. p.

¹⁴⁴Veen, J.: Tuberculosis, HIV and harm reduction in prisons in countries of the Former Soviet Union. Connections 2005/5. 7-8. pp.

¹⁴⁵Farmer, P. – Yang, A.: Tuberculosis in Prisons. Deadly Breeding Ground. Soros Foundations Network News 2004/ Spring-Summer 5. p.

Becslések szerint az ország 15 végrehajtási intézetében fogvatartott személyek 1/3-a fertőződött meg tbc-vel. A tbc-s, valamint a multirezisztens esetek számának növekedése a Szovjetunió 1991-ben bekövetkező széthullására vezethető vissza. A centralizált közegészségügyi rendszer felbomlása miatt az újonnan függetlenné váló államok megfelelő egészségügyi ellátás nélkül maradtak. 1998-ban, 100.000 lakosra számítva 90 tbc-eset jutott, ami az országot a legmagasabb rátájú országok közé helyezte. Összehasonlításképpen nyugat-európában ugyanez az arányszám átlagban 13 volt, de a másik két Balti-állam Észtország (48) és Litvánia (70) mutatója is jóval kedvezőbb volt. Mindemellett Lettország a multirezisztens esetek számát tekintve is a legmagasabb rátájú országok közé tartozik. A tbc visszaszorítása érdekében 1995-ben vezették be a DOTS-programot, majd néhány évvel később a DOTS-PLUS stratégiát. A büntetés-végrehajtás szempontjából meghatározó dátum 1997, amikor a tbc börtönbeli kontrollja a Lett nemzeti tbc program részévé vált. Ettől kezdődően valamennyi fogvatartottat egészségügyi vizsgálatnak vetnek alá és elvégzik a köpetek tesztelését. A 85,9%-os kezelési rátának betudható, hogy a kezelésben résztvevő betegek száma nagyobb a börtönök esetében, mint a szabad társadalomban. Ugyancsak jelentős pozitívumként könyvelhető el, hogy az állami tbc-központ hivatalos adatai alapján a végrehajtási közegben a multirezisztens esetek száma a 2000-ben kimutatott 19-ről 2003-ra 9-re csökkent.¹⁴⁶

Észtország tbc stratégiája a balti államok összefogásának jó példája. Az igen komoly tbc problémával küzdő országot Finnország támogatta meg anyagilag, majd a Balti Államok Tanácsának két projektjét vették át. Az egyik a fertőző betegségek megelőzésére irányult, melynek kapcsán új röntgenberendezés vásárlását finanszírozták. A másik információcserét szolgált a büntetés-végrehajtás és a tbc-szolgálat között, illetőleg a tbc-betegek szabadulás utáni ellenőrzését célozta. A rendelkezésre álló adatok alapján jelenleg a börtönökben mindazon gyógyszerekkel rendelkeznek, melyek az érintett fogvatartottak kezeléséhez szükségesek.¹⁴⁷

Csehországban a tbc szűrése kötelező és valamennyi börtönben elvégzik a vizsgálatot a végrehajtási intézetbe történő befogadáskor, majd azt követően 1, illetve 2 év eltelte után. A szűrés költségeit a börtönök állják.¹⁴⁸

Szlovéniában minden újonnan érkező fogvatartottat egészségügyi vizsgálatnak vetnek alá, különösen a Dob-i börtönben, ahol a hosszú tartamú szabadságvesztés büntetésüket töltő

¹⁴⁶ Zipperer, M.: Tackling Tuberculosis in Latvia. PloS Medicine 2005/2. 380-382. pp

¹⁴⁷ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for *Estonia*, London, Cranstoun Drug Services, 2004. 20. p.

¹⁴⁸ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for *Czech Republic*, London, Cranstoun Drug Services, 2004. 19. p.

elítélteket tartják fogva. Ha a fogvatartott szűrésének pozitív az eredménye, akkor elkülönítik, majd átszállítják a börtönkórházba. 2003-ben 5 tbc-esetet jelentettek, ebből két személy megfertőződésére a börtönben került sor, míg a másik háromnál már a szabadságvesztés megkezdése előtt diagnosztizálták a betegséget.¹⁴⁹

Szlovákiában 2002-ben 18 új esetet regisztráltak, ami a fertőzés növekedését jelzi, különösen az ország keleti területein. A végrehajtási intézetekbe történő befogadáskor itt is kötelező a röntgenvizsgálat, melyet évente ismételnék meg.¹⁵⁰

Bulgáriában a Lovech-i börtönben speciális légzőszervi osztály foglalkozik a tbc, az asztma és a rák diagnosztizálásával. A börtönkórház 1989-óta működik és folyamatosan nő a tuberkulózisos esetek száma. Amennyiben a betegség helyben nem kezelhető, a fogvatartottat külső egészségügyi intézményben ápolhatják. A szabadságvesztés megkezdésekor a fogvatartottakat egészségügyi ellenőrzésnek vetik alá, de nem mindannyiuknál végzik el a tbc szűrést. Ennek oka részint a berendezések, részint pedig a szűrést végző szakszemélyzet hiánya, amelyek pénzügyi problémákra vezethetőek vissza. A Varna-i börtönben a tbc szűrést csak akkor végzik el a fogvatartotton, ha azt szükségesnek látják, illetve évente egyszer mobil röntgenkészülék jön a börtönbe, amely ilyenkor valamennyi fogvatartott vizsgálatát ellátja.¹⁵¹

V.5. A tbc tárgykörében folytatott fontosabb oroszországi kutatások

Kelet- és Közép-Európában a tbc növekvő veszélyére több tanulmány is rávilágított, amelyek elsősorban a szabadságvesztés és a fertőzés közötti szoros kapcsolatot elemezték.¹⁵² Megint mások kifejezetten az előzetes letartóztatással összefüggő kérdésekre helyezték a hangsúlyt.¹⁵³ Így például a tbc kialakulásának kockázati tényezőit vizsgálta és kutatta az a tanulmány, melyet 2002. és 2003. májusa között végeztek két Szent Pétervári őrizeteseket fogvatartó börtönben. Az 1 év tartamot felölelő kutatást nehezítette az a körülmény, hogy relatíve lerövidült (átlagosan 10 hónapra) az őrizetben eltöltött idő tartama. A kutatás

¹⁴⁹Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for *Slovenia*, London, Cranstoun Drug Services, 2004. 20. p.

¹⁵⁰Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for *Slovakia*, London, Cranstoun Drug Services, 2004. 17. p.

¹⁵¹Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for *Bulgaria*, London, Cranstoun Drug Services, 2004. 27. p.

¹⁵²Tekkel, M. – Rahu, M. – Lioit H-M., - Baburin, A.: Risk factors for pulmonary tuberculosis in Estonia. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2002/6. 887-894. pp.

¹⁵³V.ö.:Stern V. ed.: Sentenced to die? The problems of TB in prisons in Eastern Europe and Central Asia. London: International Centre for Prison Studies, 1999.

helyszínéül a két legnagyobb férfi őrizeteket fogvatartó intézményt választották, ahol a tbc előfordulása 100.000 főre számítva 1507, illetve 913 volt. Mindkét esetben a végrehajtási intézet külön tbc-részleggel rendelkezett, melyben specialistákat alkalmaztak. Kötelező mellkas-röntgenre minden befogadáskor, majd ezt követően 6 havonta került sor. A vizsgálat során 57 olyan páciens adatait használták fel, akiknél a fogvatartás tartama alatt fejlődött ki a tbc. Valamennyiük esetében ez volt a fertőzés első diagnosztizálása. A kérdőíves felmérés során a börtönfeltételek vizsgálatán túl (a zárkák állapota, a zárkában elhelyezett személyek száma, élelmezés, napi rezsim, külső tevékenységek, személyes higiénia, a hálóhelyre, ágyneműre vonatkozó kérdések) külön kitértek az individuális faktorok vizsgálatára. Így elemezték a vizsgálatba bevont fogvatartottak szociális-gazdasági helyzetét, a fogvatartást megelőző munkatevékenységét, szokásait. Vizsgálták többek között az érintettek nemzetiségét, lakóhelyét, életkörülményeit, iskolázottságát, jövedelmi, családi viszonyait, alkohol-, dohány-, valamint kábítószer-függőségét.

Az eredmények értékeléséből kitűnt, hogy a tbc-vel való megfertőződésre a szabadságvesztés megkezdését követő 4-41 hónap után került sor, azaz egyetlen olyan eset sem fordult elő, amikor a fogvatartás első négy hónapjában már bekövetkezett volna a fertőzés. További lényeges megállapítás, hogy az 57 esetből 54-ben (93%) mellkas-röntgen mutatta ki a tbc-t és mindösszesen a fennmaradó 4 esetben voltak komoly panaszok és tünetek a diagnosztizálást megelőzően. Az 57 tbc-s közül 5 személy volt HIV pozitív.

A kockázati tényezőket elemezve megállapították, hogy 6 faktor játszott döntő szerepet a tbc kialakulása szempontjából. Ezek közül háromnak a végrehajtási feltételekhez volt köze (az egy ágyra jutó fogvatartottak magas száma, a saját ágynemű hiánya, valamint a szabadban tartózkodás korlátozott tartama, rövideége), és egyúttal ezek meghatározták a prevenció irányát is. A másik három pedig a tanulmányban szereplő fogvatartottakról szolgáltatott információkat (kábitószer-fogyasztás, a szabadságelvonást megelőző lakáskörülmények és az alacsony jövedelmi szint). Ez utóbbi tekintetében az alacsony (havi 50 dollárnál kevesebb) jövedelmet felmutató és kábítószerélvező fogvatartottaknál a tbc kialakulásának veszélye 7-szer nagyobb volt, mint a magasabb jövedelemmel rendelkező, nem drogfogyasztó fogvatartottak esetében. Az uralkodó végrehajtási feltételekkel összefüggésben statisztikailag meghatározó faktorok voltak a túlzsúfoltság (ennek minősítették azon eseteket, amikor egy zárkán belül több mint két személy osztozott egy ágyon), illetve, amikor a fogvatartottak nem rendelkeztek saját ágyneművel. A vizsgálatba vont fogvatartottak zöme már rendelkezett korábbi végrehajtási múlttal, azaz már korábban is sor került esetükben szabadságelvonásra, ez a körülmény azonban nem játszott szignifikáns

kockázati tényezőt a tbc kifejlődése szempontjából. A fogvatartottak 95%-a dohányos volt, és mindösszesen 1 olyan fogvatartottnál fejlődött ki a tbc, aki nem dohányzott. A börtönben tartózkodás alatt egyetlen magasan iskolázott fogvatartottnál sem alakult ki a fertőzés.

Végezetül a tanulmány a tbc transzmissziójának megelőzése szempontjából alapvető szerepet tulajdonít a mikroszkopikus, valamint a röntgen vizsgálaton alapuló esetfeltárásoknak, a gyors elkülönítésnek, a megfelelő kezelésnek, valamint a DOTS stratégia alkalmazásának. Leszögezi, hogy a szabadulást követően az érintettek kezelését a civil szférában folytatni kell, ez pedig feltételezi a börtön-egészségügyi ellátó rendszer, valamint a külső intézmények közötti hatékony együttműködést. A kezelés folytatásával így csökkenthető annak az esélye, hogy a visszaeső bűnelkövetők továbbfertőzzék társaikat a végrehajtási közegben.¹⁵⁴

Egy másik tanulmány azt a kérdést járta körül, hogy hogyan biztosítható a tbc kezelésének folyamatosága az előzetes letartóztatási központokban. A Szibériában, Kemerovo régióban található és az igazságügyi minisztérium alá tartozó három előzetes letartóztatást fogantatosító központ szolgált a vizsgálódás helyszínéül. A fogvatartás tartama ezen intézményekben néhány héttől kettő és fél évig, illetve akár ennél hosszabb ideig is elhúzódhat. A lassú, kitolódó büntető eljárások, a jogi rendszerben mutatkozó büntető tendenciák, az alternatív fogvatartási formák hiánya így együttesen az előzetes házak túlsúlyfoltosságát eredményezték.

Az előzmények között fontos megemlíteni, hogy az Orvosok Határok Nélkül elnevezésű egészségügyi segélyszervet a régióban 1996-ban kezdte meg munkáját. Ebben az időben a nyugat-szibériai Kemerovo végrehajtási intézeteiben a tbc előfordulása drámai méreteket öltött, melyet a gazdasági krízis közepette az orvosok képtelenek voltak kezelni. Ennek betudhatóan minden nap 1-2 fogvatartott meghalt a betegségben és a fertőzési ráta 50-szer nagyobb volt, mint a külvilágban.

A börtönhatóságokkal együttműködve a szervezet képviselői elsőként a 33. számot viselő kolónián kezdték meg a betegek gyógykezelését, ahol egy már létező tbc-ellenőrző rendszert találtak. Ennek lényege, hogy valamennyi fogvatartottat képernyős röntgenvizsgálaton alapuló szűrésnek vetettek alá a befogadáskor, majd azt követően hat havi rendszerességgel. Aktív tbc gyanúja esetén a különböző kolóniákról (a 23 általános kolóniáról, valamint a három előzeteseket fogvatartó intézményből) ide a 33-asba, mint befogadó kolóniára küldték a betegeket a diagnózis megállapítására és kezelésre. A betegek

¹⁵⁴Lobacheva, T. – Asikainen, T. – Giesecke, J.: Risk factors for developing tuberculosis in remand prisons in St. Petersburg, Russia-a case-control study. *European Journal of Epidemiology* 2007/22. 121-127. pp.

közül sokan korábban nem kaptak megfelelő kezelést, és csak saját családjuk gyógyíttatta őket, ami kedvezett a multirezisztens tbc kialakulásának.

A segélyszervezet munkatársai felismerve ennek a centralizált rendszernek a korlátait, követték az Egészségügyi Világszervezet vonatkozó ajánlásait: kiépítették a fogvatartottak közvetlen ellenőrzésére épülő DOTS-stratégiát. Az eredmények magukért beszéltek: a program bevezetésével a 33-as kolónián 2 év alatt sikerült a halálozási rátát a korábbi napi 1-2-ről havi 1-2-re csökkenteni, a kezelési ráták pedig majdnem megduplázódtak. Általánosságban elmondható, hogy a betegek várólistái lerövidültek, ezzel párhuzamosan csökkent a kezelések késedelmes megkezdése, illetve javultak a kezelési ráták.

Ilyen előzmények után 1998-ban a kutatás többek között arra kereste a választ, hogy nyomon követhető-e a betegek sorsa az előzetes központok és az átmeneti fogvatartási helyként funkcionáló fogdák, továbbá az előzetes házak és az általános kolóniák között, illetőleg az előzetes letartóztatásból történő szabadítást követően. A fogvatartás bizonytalan tartama, a gyakori átszállítások ellenére biztosítható-e a DOTS-programnak a végrehajtása az előzetes letartóztatási központok esetében is. Ez utóbbi intézmények ugyanis a fertőző betegségek megelőzése, kezelése terén különösen rossz helyzetben voltak. Az eredményes gyógykezelés biztosítása ugyanis például nyomozati cselekmények miatti átszállítások esetén nehézségekbe ütközött, de szabadulás esetén sem volt garancia a megkezdett terápia folytatására. A túlszűfolttság és a férőhely hiánya miatt a diagnosztizált tbc betegeket a többi fogvatartottal közösen helyezték el és kezelésük megkezdésére csak akkor került sor, ha a szükséges gyógyszerek az intézményben rendelkezésre álltak. Pénzügyi erőforrások hiánya miatt ugyanis sok esetben nem engedhették meg az intézmények maguknak a gyógyszerek megvásárlását. Tovább rontotta a képet, hogy a civil tbc szolgálatok és a végrehajtási rendszer között nem létezett megfelelő együttműködés.

Ezen intézmények közül a Mariinszkban található 3. számú előzetes központ 1998-ban 2500 fogvatartott befogadásáról gondoskodott. Az intézménybe történő beléptetéskor, illetve a tartózkodásuk tartama alatt 224 tbc-beteget diagnosztizáltak. Az aktív tbc-s esetek felismerése 84%-ban már a befogadáskor elvégzett szűrés során megtörtént és csak 22 személynél állapították meg a fertőzést a befogadás évében. A betegek többsége (71%) átszállításra került: 141-en a 33. számú kolóniára, 4-en pedig a 16-osba kerültek kezelésre. Az esetek döntő többségében az elítélést követően került sor az átszállításra és csak 6 betegnél annál korábban, ez utóbbiaknál ezt a döntést a betegségük súlyossága indokolta. A 224 tbc-beteg közül mindösszesen 14 személy (6,3%) szabadítására került sor 6 hónap leforgása előtt.

Ezzel összevetve a nem tbc-betegek szabadítását a vizsgálat rámutatott arra, hogy a fél évet megelőző szabadulások jóval nagyobb arányt képviseltek: 32%-ot tettek ki.

Összességében tehát leszögezhető, hogy a fertőzés szempontjából a fő problémát nem azok a fogvatartottak jelentették, akiknél a fogvatartás tartama rövidebb volt 6 hónapnál. Ez a csoport ugyanis kevesebb, mint 10 %-át tette ki az összes tbc-betegnek. Másrészt ez a mutató arra hívta fel a figyelmet, hogy általában a tbc-fertőzött személyeknek kisebb az esélye a hat hónap előtti szabadulásra, összevetve a nem tbc-beteg fogvatartottakkal. Ebből azonban az is következik, hogy az általában 6-8 hónapos DOTS-program a fogvatartás tartamából adódóan náluk nem fejeződne be, azaz szükséges volna a kezelés további folytatása. Ennek pedig alapvető feltétele a büntető és a civil szféra együttműködésének kiépítése.

Az adatok értékeléséből az is kiderült, hogy a tbc a járvány szintjét már a bebörtönzés legkorábbi fázisában is elérheti, hiszen az aktív tbc kimutatására több mint 80%-ban a befogadáskor került sor. Ez a körülmény egyúttal kiemeli a szabadságelvonás megkezdésekor elvégzett szűrővizsgálatok jelentőségét. A vizsgálat ilyenformán felismerte, hogy a DOTS-program bevezetése már a fogvatartás korai stádiumában, és valamennyi előzetes letartóztatást foganatosító központban szükséges lenne annak érdekében, hogy a fertőzés transzmissziója megelőzhető, illetve a betegség kezelhető legyen.¹⁵⁵

A segélyszervezet munkatársai a 33. számú kolónián elért eredmények nyomán lépéseket tettek a DOTS-program decentralizációjára: 1998. júliusában, majd 1999. februárjában újabb kolóniákra terjesztették ki az ellenőrzött kezelést, 2000. első negyedévében pedig bevonták a programba a régió három előzetes fogvatartó intézményét is. Vizsgálódásuk során rávilágítottak arra, hogy ez utóbbi intézményekben különösen magas a be nem fejezett kezelések száma (átlagban 17%), aminek hátterében a fogvatartottak szabadulása állt. A DOTS-program kezelési rátáit összevetették a tradicionális orosz tbc kezeléssel és megállapították, hogy a DOTS keretében folyó kezelések költségei több mint 50%-kal alacsonyabbak voltak, mint amivel a hagyományos kúra során számolni kellett. Kitértek arra, hogy a hatékony terápia összetevői (a kezelés teljes tartama alatt a megfelelő gyógyszerek megszakítás nélküli szedése, a betegek ellenőrzése és támogatása, klinikai és laboratóriumi háttér) a végrehajtási közegben az egészségügyi költségvetés korlátai miatt gyakorta hiányoznak. A késedelmes diagnózis, a nem megfelelő és megszakított kezelés

¹⁵⁵ Slavuckij, A. – Sizaire, V. – Lobera, L. – Matthys, F. – Kimerling, M. E.: Decentralization of the DOTS programme within a Russian penitentiary system. How to ensure the continuity of tuberculosis treatment in pre-trial detention centres. European Journal of Public Health. 2002/12. 94-98. pp.

ugyanakkor rezisztenciát okozott, emellett magas halálozási rátákat eredményezett. Mariinszkben például 2001-ben 57 beteg halt meg, akik rezisztensek voltak négy gyógyszerre, 8-an, akik háromra, 4-en, akik kettőre és 2 személy, aki csak egyre. Rajtuk kívül 2002. első felében egy orvos, illetve egy ápolónő is meghalt multirezisztens tbc-ben.

A segélyszervezet az oroszországi tbc-járvány megfékezésének megoldását a politikai szférában és nem az egészségügyben vélte felfedezni. Véleményük szerint ugyanis a fertőzés visszaszorítása csak politikai intézkedésekkel érhető el: a szabadságelvonások számának csökkentésével, a börtönfeltételek szignifikáns javításával.¹⁵⁶

Ugyancsak a kockázati tényezők elemzése volt a tárgya annak a tanulmánynak, amely az oroszországi helyzetet vizsgálva a tbc egyéb kockázati tényezőit is bevonta a kutatásba. A tanulmány Oroszország egyik nagyvárosában, Samarában elemezte a tbc-helyzetet és célja a betegséget kiváltó kockázati tényezők feltárása volt. A kutatás arra a következtetésre jutott, hogy a szegénység, a munkanélküliség, nem pasztörizált tej fogyasztása, a diabétesz, tbc-ben szenvedő személlyel való együttélés, a túlsúlyosság, valamint a börtönök és az előzetes letartóztatást foganatosító központok a személyi szabadság elvonásával önmagukban, egymástól függetlenül is a tbc kialakulásának növekvő veszélyét hordozzák magukban. E tényezők együttes jelenléte ugyanakkor a kockázatot szükségszerűen tovább fokozza. A kutatás alapján a fertőzés kialakulása szempontjából a legnagyobb veszélyt a fogvatartás ténye, illetőleg a kábítószer-fogyasztás jelenti. Így a fertőzés veszélye szabadságvesztés esetén 12,50-szer, előzetes fogvatartás esetén 5,70-szer, míg drogfogyasztás esetén 8,74-szer volt nagyobb. A munkanélküliség esetén 6-szoros, nyers tej fogyasztása esetén több, mint 3-szoros, illetőleg közel 3-szoros szorzóval lehetett számolni diabétesz előfordulása, valamint tbc-vel fertőzött személlyel történő együttélés esetén.¹⁵⁷

Az oroszországi Samarában folytatták le 2001. júniusa és augusztus 10.-e között azt a vizsgálatot is, melynek célja a tbc kezelési program hatékonyságát befolyásoló tényezők meghatározása volt. A város börtönkórházában kezelt 256 fogvatartott önkéntes részvételével, kérdőíves felméréssel történt az egészségügyi és társadalmi faktorok elemzése. A kutatás alanyai szinte kizárólag férfiak voltak, akiknek több mint 2/3-a már korábban is állt szabadságvesztés hatálya alatt. A börtönkórházba utalás legfőbb oka az esetek döntő többségében a képernyős röntgenvizsgálat alatt észlelt rendellenesség. A fogvatartottak közel 29%-ának már volt tbc-s előtörténete és a vizsgálatba vont teljes személyi kör 55%-a részesült

¹⁵⁶(Medecin Sans Frontieres): i.m. 2-12. pp.

¹⁵⁷ Coker, R. – Mckee, M. – Atun, R. – Dimitrova, B. – Dodonova, E. – Kuznetsov, S. – Drobniewski, F.: Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: case-control study. British Medical Journal 2006/ 332. 85-87. pp.

is ezt megelőző kezelésben. Ezzel az utóbbi kockázati tényezővel hozható szoros összefüggésbe a multirezisztencia kifejlődése, ami – ahogy arra több ízben is utalás történt – igen nagy méreteket ölt az Orosz Föderációban, különösen a börtönkörnyezetben.

A szociális helyzet elemzéséből kiderült, hogy a fogvatartottak 41,8%-a a bebörtönzést megelőzően munkanélküli volt, többségük (54,7%) lakásban élt és azt más felnőttekkel megosztva használta (66,4%). A szabadságvesztést megelőző drogfogyasztás a fogvatartottak 41%-át érintette, jelentős hányaduk (81%) injektló kábítószer-élvező volt. A védekezés nélküli szexuális kapcsolatok aránya 67,8%-ot képviselt és mindösszesen 2% vállalta fel a homoszexualitást. A vizsgálat azzal az összegzéssel zárult, miszerint a tbc-ben szenvedő fogvatartottakat túlságosan egyszerű lenne alkoholistá, munkanélküli hajléktalanokként jellemezni. Bár a többségük valóban munkanélküli és alkoholistá életvitelű személy, de többségük stabil családi kötelékben élt a szabadságvesztés megkezdése előtt. A fogvatartottak közötti nagyarányú rezisztencia pedig sokkal inkább a korábbi eredménytelen kezelésekkel magyarázható, ezért a korai diagnózis mellett elengedhetetlenül szükséges a megfelelő terápiák végrehajtása annak érdekében, hogy a betegség további terjedése megelőzhető legyen.¹⁵⁸

V.6. A hatékony tbc-program elemei és a tbc-helyzet megoldási irányai

Az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása szerint a tbc terjedését a börtönökben elősegítő tényezők az izolációs lehetőségek hiánya, a nem megfelelő kezelés a fertőzöttek számára, a kései esetfelderítés, a fogvatartottak nagyarányú kicserélődése, valamint a túlszűfolttság és a rossz szellőzési lehetőségek.¹⁵⁹

A fentiekből kitűnően az eredményes megelőzés érdekében a végrehajtási intézetekben valamennyi fogvatartott számára mindennemű korlátozás nélkül biztosítani kellene a tbc korrekt diagnosztizálását és kezelését, melyek végrehajtása a DOTS-csomag keretében történne. A multirezisztens tbc jelenléte esetén pedig a DOTS-PLUS program alkalmazása indokolt és követendő. Mind az esetfeltárás, mind a kezelés tekintetében a minimálisra kellene visszaszorítani a késlekedést, ezzel akadályozva meg a fertőzés további transzmisszióját, valamint a fogvatartottak ön-gyógyító tevékenységét. Alapvető továbbá a

¹⁵⁸ Drobniewski, F. – Balabanova, Y. – Ruddy, M. – Fedorin, I. – Melentyev, A. – Mutovkin, E. – Kuznetsov, S.: Medical and Social Analysis of Prisoners with Tuberculosis in Russian Prison Colony: An Observational Study. *Clinical Infectious Disease* 2003/36. 234-235. pp.

¹⁵⁹ (World Health Organization) Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers. Geneva, 2000. 21. p.

túlsúlyfokozás csökkentése, ezzel összefüggésben a büntető törvény reformja, és a végrehajtási feltételek javítása.

A sikeres tbc-program ezen túlmenően igényli költséghatékony védelmi eljárások kidolgozását, jól szervezett laboratóriumi hálózat kiépítését, a börtönön belül decentralizált tbc-szolgálat létrehozását, ilyenformán biztosítva a betegek helyben, szállítás nélkül történő kezelését. Ez utóbbival összefüggésben egyes vélemények szerint a centralizált kezelés sem elvetendő, amennyiben arra a terápia első fázisában kerül sor,¹⁶⁰ illetve azt követően a következő fázisban már decentralizált kezelést alkalmaznak.

Mindemellett a tbc kezelése egyrésztől folyamatosságot követel meg, másrészt pedig feltételezi a börtönben folyó egészségügyi ellátás és a civil egészségügyi szolgálat közötti együttműködést. Ez alapjaiban a két közeg információcseréjére épül, hiszen mindazon esetekben, amikor a tbc-fertőzött személyről még a szabadságvesztés megkezdése előtt tudomása van a külső egészségügyi szerveknek, szükséges, hogy erről a körülményről (a fertőzés tényéről, magáról a kezeléssel) a végrehajtási intézetet tájékoztassák. Ugyanez indokolt akkor is, amikor a fogvatartott szabadul és kikerül a civil szférába. Ilyenkor a végrehajtó szerv oldalán jelentkezik a tájékoztatási kötelezettség.

Ezen túlmenően a szabadult személy kezelésének ellenőrzését célszerű volna a civil szférában a nemzeti tbc-program alapján figyelemmel kísérni. Ideális esetben tehát a börtönök tbc-programját a nemzeti program integrált részeként kellene kezelni, ami lehetővé tenné, hogy a kezelés a szabadulást követően attól függetlenül folytatódhatna, hogy annak megszakítására a terápia mely fázisában került sor. Ez azonban gyakorta nem valósul meg annak okán, hogy a börtönök tbc szolgálatai vagy egyáltalán nem kapcsolódnak a nemzeti tbc-programhoz, vagy nem megfelelő a koordináció. Amennyiben pedig az ország nem rendelkezik hatékony nemzeti tbc-programmal, akkor a büntetés-végrehajtásnak kellene felvállalnia a tbc-elleni gyógyszerek és diagnosztikai eszközök biztosítását. Az új, illetve megreformált börtönprogramoknak pedig azon tbc-betegeket kellene kezelniük, akiknek a szabadságelvonása hosszabb, mint a kezelés tartama. Ez tehát egy közbülső lépés lehetne a nemzeti tbc-programok kialakításáig.

Számolni kell továbbá azzal is, hogy a szabadulók sok esetben fals nevet, illetve címet adnak meg elérhetőségként, vagy éppen nyilvántartott lakcímmel nem rendelkeznek.

¹⁶⁰ A kezelés első fázisa két hónap elteltét jelenti. Ilyenkor a terápia eredményessége a második hónap végén a köpet mikroszkopikus vizsgálatával igazolható, amit célszerű a következő fázisban, valamint a kezelés végén ugyancsak megismételni.

Emellett mindazon esetekben, amikor a diagnózis igazolására bakterológia vizsgálat szükséges és saját laboratóriummal a végrehajtási intézet nem rendelkezik, ugyancsak a külső laborok segítségét kell igénybe venni. Különösen a rezisztens eseteknél a kezelés bonyolult jellegéből adódóan szakértők igénybevételére is sor kerülhet. Ez belső szakértők hiányában külső szakértők bevonását, konzultációkat tesz szükségessé. A fenti példákból adódóan a két szféra közötti megfelelő információcserén alapuló együttműködés alapvető feltétele a sikeres kezelésnek, illetve folyamatosságának.

Ugyancsak alapvető azon fogvatartottak figyelemmel kísérése, akik őrizetben, előzetes letartóztatásban vannak, ítéletre várnak. Az ő esetükben a fogvatartás tartama gyakorta túl rövid a teljes kezeléshez, amit azonban a hatóságoknak attól függetlenül biztosítaniuk kellene, hogy az érintettre szabadságvesztés-büntetés vagy szabadulás vár. A börtön-egészségügyi hatóságok és a külső egészségügyi szervezetek közötti szoros kötelék kiépítése ezért ezekben az esetekben is elengedhetetlen.¹⁶¹

A valóságban a szabadulás után szignifikánsan csökken a kezelések száma, mert gyakorta a szabad társadalomban az ellátás már nem ingyenes, és nincs is pontos tudomásuk az érintetteknek arról, hogy hol vehetnék igénybe azt. 2001. márciusában például megközelítőleg 350.000 fogvatartott kapott amnesztiát az orosz börtönökben és hozzávetőleg ennyi embernek lett volna szüksége megfelelő tbc kezelésre, ami azonban a leírtak okán nem realizálódott.¹⁶² Évente átlagosan körülbelül 13.000 tbc kezelés alatt álló fogvatartott szabadul Oroszországban, de közülük hozzávetőlegesen 7-8.000 kéri csak a kezelés folytatását.¹⁶³

A tbc börtönbeli visszaszorítása, megfékezése kapcsán J. Veep Tuberkulózis-kontroll a börtönökben című munkájában a téma jelentőségéhez mérten elvi tételeket fektetett le, melyek lényege az alábbiakban foglalható össze: A tbc sikeres megfékezése, illetve kordában tartása egyrésztől szükségessé teszi a korai esetfeltárásokat és a megfelelő kezelés időben történő megkezdését annak érdekében, hogy csökkentsék a fogvatartottak körében a betegséget, a halálozást, a fertőzés transzmisszióját és a multirezisztens tbc kifejlődését.

Ugyancsak alapvető eleme a probléma megoldásának, hogy az egészségügyi szolgáltatások elérhetőek, hozzáférhetőek legyenek. Indokolt azonban, hogy a diagnózis, valamint a kezelés tekintetében elsőbbséget élvezzenek azok a személyek, akiknél a köpet-minta pozitív. Ez különösen azokban az esetekben lehet követendő, amikor a rendelkezésre álló erőforrások korlátozottak.

¹⁶¹ Coninx, R.-Maher, D.-Reyes, H.-Grzemska, M.: i.m. 442.p.

¹⁶² Auer, C.- Kessler Bodiang, C.: i.m. 7-11. pp.

¹⁶³ Auer, C.- Kessler Bodiang, C.: i.m. 5. p.

A kezelés folyamatosságának biztosítása, mint következő alapelv többek között igényli a civil tbc szolgálatok és a büntetés-végrehajtási intézetek közötti hatékony együttműködést és az egyenlő egészségügyi ellátás alapelvének érvényesülését.

Végezetül javítani kell azokat a strukturális és adminisztratív faktorokat, amelyek negatívan befolyásolhatják a tbc megállítást és elősegíthetik a fertőzés transzmisszióját.

A szerző azon a nézeten van, hogy technikai aspektusból nézve a tbc megfékezése nem tekinthető bonyolult folyamatnak, ugyanakkor a legtöbb sikertelenség arra vezethető vissza, ha a megfelelő infrastruktúra miatt hiányzik az elengedhetetlenül szükséges politikai és igazgatási támogatás. Véleménye szerint azokban az esetekben tehát, amikor az alapprogram eredménytelenül zárul, a jövőben már jóval bonyolultabb és lényegesen drágább technikai támogatásra lesz szükség.¹⁶⁴

A magam részéről úgy vélem, hogy a probléma összetett jellegéből adódóan a megoldásokat is több irányban kell keresni. Önmagában az egészségügyi helyzet javítása (a természetes fény és friss levegő biztosítása, megfelelő élelmezés, higiénias körülmények javítása) nem elégséges, bár úgy tűnik a börtön-egészségügyi szolgálatnak a nemzeti egészségügyi rendszer részeként történő átszervezése több országban előfeltétele a fogvatartotti jogok védelmének. Emellett arról sem szabad megfeledkezni, hogy számtalan esetben a kezelés folytatásának szükségessége merül fel, azaz biztosítani kell a végrehajtás és a külső kezelési egységek közötti együttműködést. Az egészségügyi reform mellett ugyancsak reformlépésekre lenne szükség a büntető igazságszolgáltatásban is. A fertőzés kialakulásának egyik fő kockázati tényezőjén, a túlsúlyfoltosság enyhítésén valamelyest enyhíthet új börtönök építése, de sokkal nagyobb előnyökkel kecsegtethet a büntető kódex reformja a szabadságvesztés és előzetes letartóztatás tartamának csökkentése, illetve a személyi szabadság elvonásával nem járó alternatívák kidolgozása és alkalmazása révén. Oroszországban a börtönnépeség csökkenését, a túlsúlyfoltosság enyhülését eredményezték az utóbbi évek amnesztiái is, másrésről azonban ezzel párhuzamosan a nagy számú fertőzött személy szabadulása a fertőzés civil társadalomban történő terjedésének veszélyét növelte meg, azaz az amnesztiák igazán hatásos megoldásként nem könyvelhetők el.

Különösen fontos a végrehajtási feltételek javítása az előzetes letartóztatást fogyanatosító intézmények esetén, melyek igen gyakran a végrehajtási intézetekhez képest rosszabb életkörülményeket biztosítanak az előzetesben lévők számára. Az egykori Szovjetuniótól függetlenné váló államokban például a rossz végrehajtási körülmények között

¹⁶⁴ Veep, J.: Tuberculosis control in prisons... 2007. i.m. 79. p.

az előzetes fogvatartottak gyakorta még a tárgyalás megtartása előtt megfertőződnek a tbc-vel. Az előzetes letartóztatás alternatíváinak kimunkálása és alkalmazása mellett nemcsak büntetőjogi, hanem egészségügyi szempontból is indokolt a büntető eljárások gyorsítása. Ebben a helyzetben tehát az igazságszolgáltatás, a börtönök reformja és az egészségügyi ellátórendszer átszervezése csak együtt képesek gátat szabni a fertőző betegségek terjedésének.¹⁶⁵ Az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának R (99) 22. számú ajánlásában¹⁶⁶ foglaltakat követve az előzetes letartóztatás alkalmazását és tartamát egyaránt a minimális szintre kellene csökkenteni, illetve törekedni kellene a büntető igazságszolgáltatás egyszerűsítésére.

V.7. Tbc és HIV egyúttfertőződés

A HIV fertőzöttek számára a legnagyobb „halálhozó” a *tuberkulózis*. Amíg ugyanis az egészséges szervezetek többségénél az immunrendszer kontrollálja az elsődleges fertőzést és aktív tbc nem fejlődik ki (látens tbc), addig a HIV pozitívak jóval könnyebben kapják meg az aktív változatot, azaz a tbc és a HIV együtt halálos kombinációt alkot. Éppen ezért azon betegeknél, akiknél diagnosztizálták a tbc-t, javasolni kell a HIV-teszt elvégzését és tanácsadást, akiknél pedig a HIV vírust mutatták ki, el kell végezni a tbc-szűrést. Annak az esélye ugyanis, hogy aktív tbc fejlődik ki olyan személyek között, akik mindkét vírussal fertőzöttek 10-szer nagyobb, mint azoknál, akik csak a tbc-vel fertőzöttek. A korai felismerés és kezelés pedig a tbc-fertőzés visszaszorításának legjobb módja.

Néhány országban a tbc-esetek megsokszorozódása az elmúlt néhány évtizedben a HIV fertőzéssel hozható összefüggésbe, tekintettel arra, hogy az aktív tbc kifejlődésének kockázatát a HIV fertőzés drámaian megnövelte. Az immunrendszer gyöngülésével pedig a HIV az a legjelentősebb faktor, mely a tbc fertőzés betegséggé alakulását befolyásolja. Becslések szerint a HIV és a tbc együttes előfordulása esetén annak a kockázata, hogy aktív tbc alakuljon ki éves szinten 5-15 % között mozog, míg HIV fertőzés nélkül ennek a valószínűsége az egész élettartam alatt 10%. A másik oldalt tekintve a tbc is kihatással lehet a HIV fertőzésre és felgyorsíthatja az AIDS kifejlődését.

Kiemelendő továbbá, hogy a büntetés-végrehajtási környezetben a két fertőzés együttes megjelenése jóval nagyobb arányban figyelhető meg, mint a civil szférában. Különösen rossz a helyzet kelet-európában, ahol mindkét fertőzés igen magas rátákat mutat.

¹⁶⁵ Stern, V.: Prison reform and public health. The case of tuberculosis in the former Soviet Union. European Journal of Public Health. 2000/10. 4. p.

¹⁶⁶ Recommendation No. R (99)22 concerning prison overcrowding and prison population inflation

Az együttfertőzésből adódóan sok esetben a tbc kezelése a szabadságelvonás teljes tartama alatt szükségessé teszi a tbc-elleni gyógyszerek alkalmazását. A multirezisztens változat jelentős aránya azonban ennek a kezelésnek a hatékonyságát is megkérdőjelezheti.¹⁶⁷

Az eredményes tbc kezelés megnöveli az érintett személy életminőségét és élettartamát, emellett a fertőzési források számának csökkentésével elérhető a fertőzés transzmissziójának visszaszorítása is. Ehhez azonban szükséges, hogy legalább három aktív jó minőségű tbc-elleni gyógyszert írjanak fel a betegnek a megfelelő dózisban és tartamban. A kezelés visszautasítása nem fogadható el azon az alapon, hogy a beteg egyúttal HIV pozitív státuszú is. Noha az együttfertőződés természetsszerűleg szükségessé teszi mindkét fertőzés kontrollját, a HIV jelenlététől függetlenül a tbc megfékezése kapcsán ugyanazon alapelveket kell érvényesíteni. Ilyenformán alapvető követelmény, hogy két fertőzés együttes előfordulása esetén a terápiának ugyanolyannak kell lennie, mintha a beteg csak tüdőbajban szenvedne, azaz HIV-negatív lenne. Minden gyógyszeradag bevitelét az egészségügyi személyzetnek kellene ellenőrizni, meggyőződve arról, hogy a beteg a tablettákat valóban lenyelte. Az állandó kórházi gyakorlathoz hasonlóan a végrehajtási intézetekben is szükséges a betegek izolálása, ami azonban csak addig alkalmazható, amíg az feltétlenül indokolt. Az elkülönítés tehát csak arra az időszakra szorítkozhat, amíg az érintett fogvatartottak fertőzésveszélyt jelentenek társaikra nézve. Itt azonban arra is figyelemmel kell lenni, hogy a tbc fertőzöttel a HIV-pozitív személy (akár fogvatartott vagy a személyzet tagja) kapcsolatba ne kerüljön. Mindemellett további környezeti intézkedések (például megfelelő szellőzési rendszer kialakítása, ultraibolya fertőtlenítő sugárzás) bevezetése is hozzájárulhat a levegőben lévő tbc-koncentráció csökkentéséhez.¹⁶⁸ Fontos továbbá hangsúlyozni, hogy mindazon intézkedések (például óvszerek biztosítása, fertőtlenítő eszközök szétosztása, az ún. tűcsere-programok, illetve szubsztitúciós kezelések alkalmazása), amelyek a HIV transzmissziójának megelőzésére irányulnak, egyúttal közvetve kihatással vannak a tbc kezelésére is. Másrésztől egy látens tbc-beteg esetén, aki HIV-fertőzött is, a sugárkezelés biztosításával megelőzhető, hogy aktív tbc alakuljon ki.

A világ egyik leggyorsabban terjeszkedő HIV járványának helyszíne ugyancsak Oroszország. 2004. közepén a jelentések 283.000 HIV pozitív esetről tettek említést, ami 100.000 lakosra vetítve 136-os rátának felelt meg. A tbc előfordulása és halálozási mutatói ugyancsak szignifikáns emelkedést mutattak: 2003-ban ez előbbi 100.000 főre számítva 83.0, míg utóbbi 22.0 volt. Mindemellett a HIV fertőzés méreteit 75-ször nagyobbra becsülték a

¹⁶⁷Veep, J.: Tuberculosis control in prisons... 2007. i.m. 79. p.

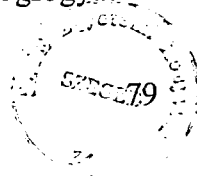
¹⁶⁸Bone, A.: i.m.153-170. pp.

fogvatartottak körében, mint a lakosság esetében. A 2002-es évre vonatkozó adatok szerint a 905.000 oroszországi fogvatartottból 405.000 volt beteg, ebből 90.000 tbc-s, 102.000 főre becsülték a drogfüggők és 72.000-re az alkoholisták számát.

A tbc és a HIV együttfertőződés volt a tárgya annak a vizsgálatnak, melyet Samarában az egyik orosz régióban végeztek. A térség gazdasági előnyei ellenére a HIV járvány igen gyorsan terjedt el és 2004. közepén már 22424 személyt tartottak nyilván. Az új tbc-esetek, illetve a betegség halálozási rátái 100.000 lakosra vetítve 2003-ban 74,9, valamint 12,3 voltak. A tbc-t a börtönkörnyezetben vizsgálva ugyancsak megállapítható, hogy az egyik fő problémaforrásnak tekinthető: 100.000 főből a fertőzés 2200 fogvatartottnál jelentkezett. Emellett 2004. közepén a két fertőzés együttes előfordulását több mint 400 esetben jelentették.

A 2001. novemberétől a 2002. októberéig terjedő időszakban a tbc kórházi kolónián 1345 fogvatartott részvételével vizsgálták a fekvőbeteg ellátást. A kolóniára a börtönszektorból érkeztek kezelésre a tbc fertőzöttek, akik főként orosz etnikumú, 31 átlagéletkorú férfiak voltak. Néhány közülük hajléktalan volt, jelentős hányaduk a szabadságvesztés megkezdése előtt szegényes közösségi szálláson élt. A vizsgálat kitért a fogvatartottak korábbi bebörtönzéseire is: a legkisebb hányadot a már egyszer elítéltek alkották 1,5%-kal. A jelenlegi elítélést megelőzően kétszer bebörtönözöttek 19,2%-ot, a háromszor elítéltek 37,5%-ot, végül a négyszer szabadságvesztés büntetést töltők 25,1%-ot képviseltek. A fogvatartottakon kívül a kutatásba 1522 tüdő tbc-ben szenvedő és tüdőgondozóban kezelt civil személyt is bevontak, akikkel ugyanazt a kérdőíves vizsgálatot végezték, mint a rabokkal.

Az egy év tartamú vizsgálat lezárultával az eredmények azt mutatták, hogy a HIV és a tbc koinfekciója szignifikánsan nagyobb (12,2%) volt a fogvatartottak körében. Összehasonlításként a börtönön kívül kezelt személyeknél a két fertőzés együttes jelenléte 1,7%-ot tett ki. A vizsgálat kitért az érintettek hepatitis B, illetve C szűrésére is. A tesztek alapján a HIV és a hepatitis fertőzések rátái azon fogvatartottak között voltak magasabbak, akik egyúttal injektáló drog fogyasztók is voltak. Egyébiránt a börtönlakók körében a drog fogyasztás 48,6%-os volt, ami számottevően jelentősebb arányt jelentett, mint a szabad társadalomban. Az esetek 88,3%-ában a kábítószer-élvezet elsődlegesen intravénás formában, opiátok fogyasztásával történt. Összehasonlításképpen az intravénás drog fogyasztás a kutatásba bevont civilek körében 3,3%-ot képviselt. Emellett a börtönközegben általános gyakorlata alakult ki az injektáláshoz szükséges eszközök megosztott, több fogvatartott általi közös használatának: 40,2%-ban ilyen módon végezték a rabok a drog fogyasztó



tevékenységet. A dohányzás, valamint az alkoholfogyasztás ugyancsak a börtönnépesség körében képviselt jelentősebb hányadot.

Összességében elmondható, hogy a tbc kolónián a magas HIV, valamint a hepatitis fertőzési ráták háttérében a fogvatartottak intravénás drogfogyasztása, illetve ehhez szorosan kapcsolódva az injektáló eszközök közös használata állt. A multirezisztens tbc-s esetek tekintetében a nagyobb arányt (közel dupláját) ugyancsak a fogvatartottak körében mutatták ki, azaz a vizsgálat alapján mind a tbc, mint pedig a HIV fertőzés szempontjából a végrehajtási közeg jelentette a nagyobb veszélyt az érintettek számára.

A vizsgálat rámutatott arra, hogy az általánosan bevett kezelési rezsimek és a fekvőbeteg kezelésbe vetett bizalom hiánya egyaránt olyan tényezőként említhetők, melyek a végrehajtási intézetekben és a kórházakban előmozdíthatják a fertőző betegségek terjedését. Új stratégiák bevezetése és alkalmazása ezért ezekben a közegekben elengedhetetlenül szükséges a vér útján terjedő fertőzések visszaszorítására, különösen az intravénás drogfogyasztók esetében.¹⁶⁹

V.8. Néhány adalék a honi helyzetről

Hazánkban a tbc börtönökben való előfordulása az 1990-től 2003-ig terjedő időszakot vizsgálva 0.13 és 0.37% között mozgott. 2003-ben a betegség 37 fogvatartottat érintett, akik a fogvatartotti állomány 0.21%-át alkották. A tbc tüneteinek jelentkezése esetén a fogvatartottakat a Bv. Központi Kórház Pulmonológiai Osztályán kezelik. A betegség feltárása érdekében a területileg illetékes, illetve kijelölt tüdőgondozók évente egyszer, sőt esetenként több alkalommal is végeznek valamennyi intézetben mobilegységekkel szűrővizsgálatokat, melyek ilyenformán a teljes börtönpopulációt lefedik.¹⁷⁰ Az utóbbi időszakban ugyanakkor több esetben is előfordult ezen mobil szűrőállomások felszámolása, ami például a nagy fogvatartotti létszámmal rendelkező Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézetet arra készítette, hogy saját üzemeltetésű szűrőállomást telepítsen.¹⁷¹

Bár konkrét adatokkal a jelenlegi tbc-helyzetet illetően nem rendelkezem, de az Egészségügyi Főosztálytól kapott tájékoztatás alapján elmondható, hogy hazánk tbc mutatói a teljes körű lefedettségnek és a szűrővizsgálatok rendszerességének köszönhetően továbbra is igen kedvezőnek tekinthetők. A betegség természetére és a végrehajtási intézetek többségére

¹⁶⁹ Drobniewski, F.A. – Balabanova, Y.M. - Ruddy, M.C. – Graham, C. – Kuznetsov, S.I. – Gusarova, G.I. – Zakharova S.M. – Melentyev, A.S. – Fedorin, I.M.: Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners. *European Respiratory Journal* 2005/26. 298-304. pp.

¹⁷⁰ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for *Hungary*, London, Cranstoun Drug Services, 2004. 14-15. pp.

¹⁷¹(Szerk.: Horváth Tibor): Büntetés-végrehajtási Jog. Rejtjel, Budapest, 2007. 178-179. pp.

jellemző túlsúlyosságra tekintettel a megelőző szűrővizsgálatok azonban semmiképpen nem hanyagolhatók el és egyéb prevenciók lépések megtétele is elengedhetetlen. Nagy gondot kell fordítanunk a megfelelő szellőzés, illetve természetes fény biztosítására. Alapvető jelentőségű a fertőző betegségnél is a betegség természetével összefüggő, a különféle prevenciók módszerekre kiterjedő oktatás, felvilágosítás úgy a fogvatartottak, mint a végrehajtási személyzet körében. A fertőzés tüneteinek jelentkezése esetén pedig az azonnali izolálás szükséges. Minden lehetséges lépést meg kell továbbá tenni annak érdekében, hogy megakadályozzuk a rezisztens, illetőleg a multirezisztens tbc kialakulását. Ehhez nyújthat segítséget a DOT-program alkalmazása a bevétel közvetlen ellenőrzésével. Annak ellenére, hogy a módszer végrehajtása nagy odafigyelést és körültekintést igényel az egyébként is gyakorta leterhelt egészségügyi személyzettől, törekedni kell annak következetes és megszakítás nélküli folyamatos alkalmazására. A kezelés megszakítása a korábban elmondottak okán ugyanis kedvezhet a több gyógyszernek ellenálló és tulajdonképpen gyógyíthatatlan tbc kialakulásának.

A tbc, illetve a HIV koinfekciójának lehetőségére tekintettel pedig indokolt lenne mind a két szűrővizsgálat elvégzése. Mivel a tbc-szűrés tekintetében teljes lefedettséggel rendelkezünk, a problémát a HIV-szűrés jelenti, amelyen való fogvatartotti részvétel az önkéntesség ellenére, vagy éppen amiatt évről évre csökkenő tendenciát mutat. Mindazon esetekben tehát, amikor a tbc-s fogvatartott egyúttal a HIV rizikócsoportjába is tartozik (például injekciós drogfogyasztó, védekezés nélküli szexuális tevékenységet folytat), a HIV-szűrővizsgálat elvégzésére is ösztönözni kellene.

VI. A hepatitis fertőzésről

VI. 1. A hepatitis C vírus

A *hepatitist*, azaz a májgyulladást általában vírusfertőzés (A, B, C, D vagy E) okozza.¹⁷² Az egyes fajták súlyossága és a transzmisszió iránya is eltérő. Közülük a szövődmények kockázata a hepatitis A esetén a legkisebb. Habár közeli kontaktus révén a hepatitis A is átadható, de a vírus előfordulása általában azonos szinten mozog, mint a szabad társadalomban. Ennek betudhatóan a hepatitis ezen válfajának megelőzése a börtönkörnyezetben nem élvez prioritást. A legveszélyesebb ugyanakkor a hepatitis C, ami

¹⁷²A témáról bővebben: *Schuller János*: A fertőző májgyulladás. *Börtönügyi Szemle* 2002/4. 111-118. pp.

körülbelül 10-szer fertőzőbb, mint a HIV. Nagy gondot jelent, hogy ennél a típusnál az esetek döntő többségében a fertőzés vagy tünetszegény, vagy egyenesen tünetmentes, így nincs olyan előjel, melyből a májgyulladásra lehetne következtetni.

A fertőzöttek körülbelül 25%-a 3-4 hónapon belül meggyógyul, míg 75% esetén a fertőzöttség megmarad, és krónikus májgyulladást okoz. Ez a gyulladás olyan súlyosan károsíthatja a májsejteket, hogy májsugor, illetve májrák alakulhat ki. A máj szövetének elpusztulása esetén májátültetés jöhet szóba, ami azonban több-kevesebb sikerrel kecsegtet. A vírus ugyanakkor nemcsak a májsejteket, hanem a nyiroksejteket is megtámadhatja, emellett izületi-és bőrpanaszokat, valamint izom-és vesegyulladást is okozhat.

Potenciálisan tehát egy halálos betegségről van szó, amely ellen mindezidáig nem volt ellenszer. A közelmúltban azonban a virginiai egyetem kutatócsoportja arról számolt be, hogy a fertőző májgyulladás ellen olyan vegyületet fejlesztettek ki, mely megközelítőleg 100%-os gyógyulási arányt eredményezett.¹⁷³

A vírust először 1989-ben azonosították be. Ekkor az átvitel leggyakrabban vérátömlesztés során fertőzött vérrel vagy vérkészítménnyel történt. 1990. óta Európában a vér-és vérkészítményeket már tesztelik hepatitis C-re, így jelenleg a megosztott injekcióval történő droghasználat jelenti a legnagyobb veszélyforrást. A vírus szexuális úton történő terjedése, valamint szülés közben történő átadása az újszülöttnak elhanyagolható. Napjainkban tehát a fertőzésveszélynek leginkább az intravénás kábítószer-élvezők vannak kitéve, akik a tűt vagy egyéb injektáló eszközt közösen használják.¹⁷⁴ Veszélyeztetettségüket mutatja, hogy az injektálás megkezdését követő 5 éven belül hozzávetőleg 90%-uk megfertőződik.¹⁷⁵

Az Európai Unióra vonatkozó adatok szerint valamennyi országában magas fertőzési arány (30%-90%) figyelhető meg az említett személyi kör tekintetében. Tekintettel azonban arra, hogy a fertőzés akár 20 évig, sőt akár hosszabb ideig is képes tünetmentes maradni, nehézséget jelent a járvány méreteinek pontos meghatározása. Az EU Kábítószer és Kábítószer-függőség Megfigyelőközpontjának a becslése szerint jelenleg 200 millió ember fertőződött meg a hepatitis C vírussal, közülük 12 millió Európában él.¹⁷⁶ Összehasonlításképpen az Egészségügyi Világszervezet 1999-es jelentésében még 170 millió

¹⁷³ Megtalálták a halálos hepatitis C ellenszerét. Reggel.hu, <http://reggel.hu/nyomtat.php?cikk=79439>

¹⁷⁴Bővebben: EMCDDA: Hepatitis C: A hidden epidemic. Drugs in focus. 2003/11. és Jager, J.-Limburg, W.-Kretzschmar, M.-Postma, M.-Wiessing, L. (eds.): Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. Luxembourg, 2004. 21-23. pp.

¹⁷⁵ Macalino, G.E. – Hou, J.C. – Kumar, M.S. – Taylor, L.E. – Sumantera, I.G. – Rich, J.D.: i.m. 112. p.

¹⁷⁶Merkinaitė, S.: Hepatitis C in Central and Eastern Europe: Few good news and need for action. Connections 2006 May, 2.p.

fertőzöttről tett említést, ami akkor a világ népességének 3%-át jelentette.¹⁷⁷ További becslések szerint az Európai Unióban 2003-ban a vírussal fertőzött kábítószeret injektálók száma mintegy 500.000 volt.¹⁷⁸ A fenti tények és adatok tükrében nem meglepő, hogy a megfigyelőközpont a hepatitis C vírust időzített bombának tekinti, és titkolt járvánként emlegeti.

A betegség diagnosztizálása egyszerű vérvétellel történhet, melynek során bizonyos májfunkciós értékek utalhatnak a betegség gyanújára. Ilyen gyanú esetén speciális szűrővizsgálattal a kór egyértelműen kimutatható.¹⁷⁹

A nagyfokú fertőzésveszélyre tekintettel nagy hangsúlyt kell helyezni a megelőzésre, amelyen belül igen fontos az alkoholfogyasztás¹⁸⁰ korlátozása, pontosabban a teljes alkoholtilalom annak érdekében, hogy ne gyorsítsák fel a betegség kialakulását. Az alkoholfogyasztás ugyanis bármilyen csekély mennyiségben is, de a májbetegek állapotát fokozottan rontja.¹⁸¹ Itt jegyezném meg, hogy a 2006. november 20-22. között Helsinkiben megrendezésre került „Bridging the Gap”, magyar fordításban „A szakadék áthidalása” címet viselő konferenciának tárgya volt a börtönbeli alkoholfogyasztás. A konferencia rámutatott arra, hogy az utóbbi években a kábítószerrel való visszaélés kérdése volt és van napirenden, melyre, mint fő közegészségügyi problémára tekintenek, tekintettel a velejáró súlyos betegségekre, a jelentős társadalmi költségekre, a bűnözéssel való kapcsolatára. Hasonló faktorok érvényesek ugyanakkor az alkohol esetén is. Az Európai Unióban például 58 millió felnőtt fogyaszt alkoholt egészséget veszélyeztető módon. 195 000-t meghaladó haláleset származik évente alkoholfogyasztásból, mely így a harmadik legjelentősebb halálozási okként szerepel. Társadalmi költségeit tekintve Angliában például évente az A kategóriás drogfogyasztás kiadásait 12 milliárd fontra becsülik, míg összehasonlításképpen az alkohol esetén 20 milliárd fonttal lehet számolni. A kábítószer-fogyasztáshoz hasonlóan az alkohol ugyancsak jelen van a végrehajtási intézetekben és a konferencia szerint egyre

¹⁷⁷ (World Health Organization) Report of a WHO consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium. Global surveillance and control of hepatitis C. Journal of Viral Hepatitis 1999/6. 35- 47. pp.

¹⁷⁸ EMCDDA: Hepatitis C: A hidden epidemic. Drugs in focus. 2003/11., <http://www.emcdda.eu.int>

¹⁷⁹ Máriáss Márta: Hepatitis C. letölthető: <http://www.hazipatika.com>

¹⁸⁰ Az alkoholfogyasztás témaköréhez kapcsolódóan lásd: Schuller János: Az alkohol okozta májbetegségekről. Börtönügyi Szemle 2003/2. 71-81. pp.

¹⁸¹ Bővebben: (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison) „Unlocking potential: making prisons safe for everyone” Report of the 8th European Conference of drug and HIV/AIDS services in prison. Budapest, 2005. 106. p.

jelentősebb problémaként kell vele számolni, melynek megoldása alkoholfogyasztási stratégiák kidolgozását igényli nemzeti és nemzetközi szintén egyaránt.¹⁸²

A fertőzés megelőzése szempontjából ugyancsak döntő jelentősége van a hepatitis fertőzésre és a kockázati faktorokra irányuló oktatásnak, az injektló drogfogyasztás megfékezésének, illetve ezzel összefüggésben az injektló kábítószerélvezők ártalomcsökkentésének.

A fertőzés fennállása esetén a hepatitis C kezelést célszerű minél korábban megkezdeni annak érdekében, hogy minél hatékonyabban lépjenek fel a fertőzéssel szemben, lassítsák, esetleg megállítsák a fibrózist és redukálják a transzmissziót. Amennyiben a kezelés a fertőzést követő négy hónapon belül megkezdődik és 24 héten át alkalmazzák, úgy általában még elejét lehet venni a krónikus májgyulladásnak. A fertőzött személyek esetében az oktatásnak emellett arra is ki kell terjednie, hogy a sikeres kezelést követően az újrafertőződés elkerülése érdekében továbbra is tartózkodniuk kell a kockázati magatartásoktól.¹⁸³

A HIV fertőzéshez hasonlóan a hepatitis C-re is igaz, hogy a vírus előfordulása a fogvatartotti népesség körében jóval magasabb, mint a lakosság esetén. 2002-ben Oroszországban például 100.000 fogvatartottra számítva 26,5 volt a hepatitis C gyakorisága, ami majdnem 4-szer magasabb arányt jelentett, mint a szabad népesség körében.¹⁸⁴ A szakirodalom hepatitis járványokról is beszámol a végrehajtási közegben, így Európából Németországból és Skóciából, illetve Ausztráliából. Németországban például 1996-ban az Alsó-szászországi Vechta női börtönben a drogfogyasztó fogvatartottak 78%-a hepatitis B vírussal, míg 74,8%-a hepatitis C-vel fertőződött meg. 41 fogvatartottból 20-nál, azaz szinte az érintettek felénél a szabadságelvonás tartama alatt következett be a fertőződés. Skóciában pedig egy hosszú tartamú szabadságvesztésre ítéltet fogvatartó intézetben 4 hepatitis C vírusos esetet dokumentáltak 1999. és 2000. között.¹⁸⁵

Általánosságban elmondható, hogy amíg a HIV szűréseket a legtöbb büntetés-végrehajtás alkalmazza, addig a fertőzés szempontjából jóval fenyegetőbb hepatitis tesztelése viszonylag ritka. Az Európai Unióhoz újonnan csatlakozó országok többségében például a végrehajtási intézetekbe történő beléptetéskor nem végzik el a szűrést. A kivételek között Málta és Szlovénia említhető, ahol a befogadáskor valamennyi fogvatartott áteshet az

¹⁸² (WHO): Alcohol in prisons. Report of a workshop held by WHO Health in Prisons Project (HIPP). (Bridging the Gap Conference, Helsinki, 20-22. November 2006.), Denmark, 2007. 1. p.

¹⁸³ Macalino, G.E. – Hou, J.C. – Kumar, M.S. – Taylor, L.E. – Sumantera, I.G. – Rich, J.D.: Hepatitis C infection and incarcerated populations. International Journal of Drug Policy 2004/15. 110-111. pp.

¹⁸⁴ Bobrik, A. – Danishevski, K. – Eroshina, K. – Mckee, M.: Prison health in Russia: The larger picture. Journal of Public Health Policy 2005/26. 46. p.

¹⁸⁵ (Ontario Medical Association): Improving Our Health: Why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs in prisons? Ontario, 2004. 19-20. pp.

önkéntes szűrésén, illetve a Cseh Köztársaság, ahol a kockázati csoportok számára kötelező az eljárás és arányait tekintve 50%-ot meghaladó a teszt elvégzése. A szabadítást megelőző szűrés szempontjából az érintett országok egységes képet mutatnak: egyikben sem kerül sor a hepatitis B, illetve C tesztre.¹⁸⁶ Ez utóbbi jelentőségéhez pedig ugyancsak nem férhet kétség, hiszen különösen a kockázati csoportok esetén számolni kell a fertőzés jelenlétével, illetve a transzmisszió lehetőségével. Itt nem csak arról van szó, hogy a társadalomba visszakérülő szabadítottak a fertőzés további terjesztői lehetnek, hanem számolni kell azzal is, hogy a végrehajtási intézetek elhagyásával esetükben gyakorta csökken az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága.

Észtországban sem végzik el valamennyi fogvatartott szűrését, csak azokat, akikről feltételezik, hogy fertőzöttek. Jelenleg a hepatitis kezelése csupán a tünetekre terjed ki.¹⁸⁷

Hasonlóan rossz a helyzet Lettországon, ahol a pénzügyi források függvényében döntenek a kezelés alkalmazása mellett vagy ellen. Itt a hepatitis teszt elvégzését csak a HIV pozitív fogvatartottaknak ajánlják.¹⁸⁸

Bulgáriában, Romániában és Lengyelországban akkor javasolják a fogvatartott hepatitis szűrését, ha a fertőzés tünetei jelentkeznek. Ugyanez a helyzet Szlovákiában is, ahol az egészségügyi személyzet erre irányuló igény esetén kaphat vakcinát. Így például 2002-ben a büntetés-végrehajtás egyik kampányában az egészségbiztosítás által finanszírozott vakcinát osztottak szét a végrehajtási állomány egy része között.¹⁸⁹

Az EU-hoz újonnan csatlakozó államokat a hepatitis C kezelése szempontjából két csoportra lehet bontani. Egyrészt ugyanis az országok egy részében szinte egyáltalán nincs lehetőség a vírusölő terápiára (lásd Észtország, Lettország, Málta), míg a másik részében az valamennyi börtönben biztosított. Az adatok ugyanakkor az tükrözik, hogy például Lengyelországban és Szlovéniában a ténylegesen kezelés alá vont fertőzött személyek száma igen alacsony maradt.¹⁹⁰

VI. 1.1. Tanulmányok a hepatitis C tárgyköréből

A hepatitis tárgykörében készült, általam feldolgozott tanulmányok szerint a fertőzést kiváltó tényezők közül meghatározó szerep az injektló drogfogyasztói magatartásnak, illetve

¹⁸⁶ Weilandt, C.-Eckert, J.-Huismann, A.: i.m.16.p.

¹⁸⁷ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies...Country report for *Estonia*. 2004. i.m. 20. p.

¹⁸⁸ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies...Country report for *Latvia*. 2004. i.m. 21. p.

¹⁸⁹ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Cranstoun Drug Services, London, 2004. 50-53. pp.

¹⁹⁰ Weilandt, C.-Eckert, J.-Huismann, A.: i.m.19.p.

ezzel összefüggésben a bebörtönzés tényének tulajdonítható. Ez utóbbi tekintetében statisztikailag szignifikáns korreláció mutatható ki a korábbi vagy többszöri szabadságelvonások, illetve a hepatitis fertőzés között. Az egyik lehetséges magyarázat szerint az injektáló drogfogyasztók a kábítószer-fogyasztás ténye miatt gyakorta számíthatnak bebörtönzésre és hosszabb tartamú szabadságelvonásokra. Egy másik megközelítésben ugyanakkor a szabadságvesztés független kockázati faktor a fertőzés kialakulása szempontjából. A szabadságelvonás tartama alatt azonban számos olyan magatartás végezhető (a borotvák közös használata, tetoválás, testékszerek behelyezése, stb.), mely fertőzéshez vezethet. Előfordulhat továbbá a vírus szexuális úton történő transzmissziója is, bár ez utóbbi elhanyagolható. A leginkább kockázatos tevékenységnek egyértelműen és bizonyítottan az injektáló eszközök megosztott, többek általi közös használata tekinthető. A személyi szabadságuktól megfosztott fogvatartottakon belül ugyanis jelentős, illetve a népességhez viszonyítva jelentősebb arányban vannak jelen a kábítószer injektálók, akik a végrehajtás során, annak tényéből fakadóan, gyakorta kénytelenek megosztva használni a fecskendőket és az injektáló berendezéseket. A WHO által 2001-ben készített tanulmány például arról tesz említést, hogy gyakori egyazon berendezés 15-20 fogvatartott általi közös használata, a saját kezűleg otthon gyártott eszközök pedig gyakran okoznak kárt a vénákban, tovább fokozva a fertőzések veszélyét.¹⁹¹

A fogvatartottak körében tapasztalható nagyfokú hepatitis fertőzöttség ellenére egyes kutatók azon a nézeten vannak, hogy a szabadságvesztés csökkentheti is a vér útján terjedő kórokozók transzmissziójának kockázatát. Érvelésük szerint a végrehajtási intézetekben injektáló tevékenységet folytató rabok az eszközök megosztott használata révén nagyobb fertőzésveszélynek vannak ugyan kitéve, de számukat tekintve a szabadságelvonás tényéből adódóan jóval kevesebben is vannak. Egy dániai kutatás¹⁹² adatai alapján például a dán börtönökben 10-100-szor kevesebb alkalommal van lehetőségük a fogvatartottaknak a drogfogyasztásra, szemben a szabad társadalommal, ahol a kábítószerélvezők 88%-a injektált napi rendszerességgel. Egy Írországból végzett vizsgálat ugyanakkor arra mutatott rá, hogy

¹⁹¹ *Bollini, P.* (editor): HIV in prisons. A reader with particular relevance to the newly independent states, Geneva. WHO, 2001. 22-23. pp.

¹⁹² *Christensen, P.B. – Krarup, H.B. – Niesters, H.G. – Norder, H. – Liu, H.W.*: Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners. *European Journal of Epidemiology* 2000/11. 1043-1049. pp.

amíg a börtön falain kívül az injektló drogosok körében a fertőzés gyakorisága 52-76% között mozgott, addig a végrehajtási környezetben ez a mutató 80% volt.¹⁹³

Egy másik tanulmány a németországi helyzetet vizsgálva megállapította, hogy a hepatitis C fertőzési rátája 77% volt azon fogvatartottak között, akik injektláltak a kábítószer és 18% azoknál, akik nem. Egy 2001-ben készült munka már a hepatitis C fertőzési rátáját 100%-ban jelölte meg azon fogvatartottaknál, akik csak a börtönben injektláltak drogokat.¹⁹⁴

Az Ír Köztársaság 5 börtönében végzett felmérés szerint a fertőzéssel összefüggő kockázati tényezők közül ugyancsak az injektló drogfogyasztás a legjelentősebb forrás. Azok között, akik valaha is végeztek injektlást például 89-szer gyakoribb volt a fertőzés előfordulása, mint a nem injektlóknál.¹⁹⁵

Ugyancsak a hepatitis C előfordulása és a fertőzést kiváltó kockázati faktorok elemzése volt a tárgya annak a kutatásnak, melyet 1999. áprilisa és 2000. októbere között végeztek a skóciai börtönnépesség soraiban. A vizsgálat helyszínéül egy hosszútartamú szabadságvesztésre ítéleteket fogvatartó maximum biztonsági fokozatú börtön szolgált. Az adatgyűjtés két lépcsőben zajlott, a részvétel önkéntes és anonim volt. Az első lépcsőben a kérdőíves elemzés kitért a demográfiai faktorokra, valamint a fogvatartottak jelenlegi büntetése alatt, illetve azt megelőző veszélyforrást jelentő magatartásaira. A 6 hónappal későbbi kérdések pedig a megelőző fél év magatartásaira irányultak. A kérdőíves felmérés mellett a kutatók elvégezték a vizsgálatba vont fogvatartottak hepatitis C szűrését is. A teszten szám szerint 612 fogvatartott vett részt. 17 személynél ellentmondásos volt a teszt eredménye, négyenél pedig nem megfelelő eredmények születtek. Ilyenformán 591 fogvatartott szűrése volt irányadó, melyből 93 minta minősült pozitívnak. A hat hónappal később elvégzett szűrés további 5 pozitív esetet tárt fel. Az öt személyből egyetlen egy olyan volt, akinek nem volt injektló drogos múltja. A fennmaradó négy fogvatartott élete során injektlált már kábítószer és közülük egy vallotta csak be, hogy ezt a tevékenységet folytatta a jelenlegi ítéleti tartama alatt is. Mivel az előbbi négy fogvatartottnál nem merült fel további szignifikáns kockázati faktor (tetoválás, piercing, anális szexuális kapcsolat), a vizsgálatot végzők azt a

¹⁹³ Allwright, S. – Bradley, F. – Long, J. – Barry, J. – Thornton, L. – Parry, J.: Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: Result of a national cross sectional survey. *British Medical Journal* 2000. (7253) 78-82. pp.

¹⁹⁴ Bővebben: Simon, R.- Hock, E. – Hüllinghorst, R. – Nöcker, G.- David-Spickermann, M.: Report on the Drug Situation in Germany 2001. German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001.

¹⁹⁵ Long, J. – Allwright, S. – Barry, J. – Reynolds, S. R. – Thornton, L. – Bradley, F.: Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: A national cross sectional survey. *British Medical Journal* 2001/7323. 1209. p.

következtetést vonták le, hogy az 5 újonnan fertőzött személyből 4-nél az injektló drogozás jelentheti a magyarázatot a hepatitisz transzmissziójára.¹⁹⁶

Egy Görögország két végrehajtási intézetére kiterjedő kutatás több veszélyforrást emelt ki a hepatitisz fertőzéssel kapcsolatban. Így a szabadságelvonások számát, tartamát, a börtönön belül, illetve azon kívül végzett megosztott injektló eszközhasználatot, a drogfogyasztást, valamint azon belül az injektló szerhasználatot egyaránt a domináns kockázati tényezőnek minősítette. A legjelentősebbnek ugyanakkor a vizsgálat az injektláshoz szükséges eszközök több fogvatartott általi közös használatát tekintette. A részint elítélteket, részint pedig előzetes letartóztatásban lévő személyeket érintő kutatásban a hepatitisz C előfordulása 58,2% volt, az injektló drogosok között ugyanez a mutató már 80,6%-ot tett ki.¹⁹⁷

A hepatitisz C vírus előfordulását 2000. és 2002. között különböző népességi csoportokban vizsgálta egy dél-olaszországra vonatkozó tanulmány. A vizsgálatba 5 eltérő, a fertőzés szempontjából részint alacsony, részint pedig magas kockázati csoportba tartozó személyeket vontak be. Ez utóbbi kategóriába 524 fogvatartott, 1436 intravénás drogfogyasztó, valamint 678 hemodialízises¹⁹⁸ beteg tartozott, míg a hepatitisz szempontjából az alacsony kockázati csoport a nápolyi Rákkutató Intézet alkalmazottait és betegeit takarta. A dél-olaszországra kiterjedő kutatás oka, hogy az ország északi részével összehasonlítva itt a hepatitisz halálos következményének a májráknak az előfordulási és halálozási rátája a férfiak esetén háromszor, a nők esetén pedig kétszer magasabb volt, mint északon. A népesség alkoholfogyasztása ugyanakkor a déli területeken volt az alacsonyabb. Az eredményeket összegezve a kutatók megállapították, hogy a hepatitisz C vírus a vizsgálatba vont 5 csoport közül a rákkutató intézet alkalmazottai körében volt a legalacsonyabb (6,4%), míg több mint 30 %-ot (31,8%) tett ki az injektló drogfogyasztók, illetve a férfi fogvatartottak (37,4%) esetén. Ez utóbbiak életkorukat tekintve 40-49 év közötti személyek voltak. Az eredményekből kitűnt továbbá, hogy az injektló kábítószerélvezőknek, illetve a fogvatartottaknak 6-szor nagyobb esélyük volt a fertőzésre, mint a nápolyi intézmény betegeinek. Szignifikánsan nagyobb, megközelítőleg 3-szoros kockázattal kellett emellett számolni a hemodialízises betegeknek is, azaz számottevően nagyobb volt a fertőzés

¹⁹⁶ *Champion, J. K. – Taylor, A. – Hutchinson, S. – Cameron, S. – McMenamin, J. – Mitchell, A. – Goldberg, D.:* Incidence of Hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: A cohort study. *American Journal of Epidemiology* 2004/159. 514-519. pp.

¹⁹⁷ *Malliori, M. – Sytsa, V. – Psychogiou, M. – Touloumi, G. – Skoutelis, A. – Tassopoulos, N.:* A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998/2. 243-251. pp.

¹⁹⁸ A hemodialízis lényege, hogy a szervezetet károsító anyagokat vérmosással távolítják el.

kockázata azoknak a csoportoknak a körében, akik a fertőzés transzmissziója szempontjából a magas kockázati kategóriába tartoztak.¹⁹⁹

Moldovában 2005. márciusában egy projekt keretében vizsgálták a végrehajtási intézetekben fogvatartottak körében a hepatitis C előfordulását. A kutatás 5 börtönre terjedt ki, melyekben önkéntes részvétellel az anonimitás biztosítása mellett végezték el 200 intravénás kábítószeres szűrését. A fertőzési arány 43% és 86% között mozgott, azaz átlagosan 65%-ot tett ki.²⁰⁰

Spanyolországban a hepatitis C fertőzési rátája igen magas, különösen az injektló drogosok között: 2002-ben a fertőzési rátát 40%-ra becsülték. Azon fogvatartottak között pedig, akiknek injektló drogfogyasztó múltjuk volt a ráta a 90%-ot is elérte, míg 20%-ot tett ki azoknál, akik ilyen előélettel nem rendelkeztek.²⁰¹

Fontosnak tartom megemlíteni, hogy az újabb szakirodalom a tbc és a HIV koinfekciója mellett már a HIV és a hepatitis C fertőzések együttes előfordulásáról is említést tesz.²⁰² Egy Észak-Spanyolországra kiterjedő kutatás például már a HIV és a hepatitis C, illetve B koinfekcióját vizsgálta a bebörtönzött injektló drogfogyasztók körében. A kutatásba bevont fogvatartottakat két végrehajtási intézetből toborozták 1991. januárja és 1994. decembere között. 362 fogvatartottnál elvégezték a HIV, a hepatitis B, valamint a C szűrés, és kérdőíves felmérést is készítettek. Az eredmények értékeléséből kiderült, hogy az injektló drogosok átlagosan 8,6 évet injektláltak addigi életük során, az első injektlásra a 19. életévük betöltése után került sor. Legtöbbször (60,8%) a tűt megosztva használták társaikkal és volt tetoválásuk (50,3%). 75,1%-uk már korábban is volt büntetés-végrehajtási intézetben, átlagosan 5,4 alkalommal és 26 hónap tartamban.

Az injektló drogosok többségénél az adatok a hepatitis és a HIV vírus együttes előfordulását mutatták. A leggyakrabban előforduló fertőzés a hepatitis C volt, körükben 92%-kal. Ennél valamivel alacsonyabb (83,4%) volt a hepatitis B gyakorisága. Az injektló kábítószer-használók kevesebb, mint a felénél (43,1%) jelentkezett a HIV vírus. A leggyakoribb együttfertőződés a két hepatitis esetén volt megfigyelhető 42,5%-kal, míg a

¹⁹⁹ Montella, M. – Crispo, A. – Grimaldi, M. – Angeletti, C. – Amore, A. – Ronga, D. – Sabbatici, M. – Pisani, A. – Spiteri, D. – Serraino, D.: Prevalence of Hepatitis C virus Infection in different population groups in southern Italy. *Infection* 2005/33. 9-12. pp.

²⁰⁰ Burduzha, I.-Pintiley, L.: Prevalence of hepatitis C among injecting drug using prisoners in Moldavian prisons. *Connection* 2005/18. 11. p.

²⁰¹ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.: Prison needle exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. 2004. 30-31. pp.

²⁰² Az USA-ban e jelenség a fecskendőt használó drogosok körében 85-90%-ra tehető.

Lásd: Colton, C.E.: Hepatitis C virus (HCV) and HIV co-infection in corrections: Where do we stand? *Infectious diseases in corrections report*. 2005/ 8. 1-10. pp.

három vírus együttes jelenléte 37,3%-ot tett ki. A vizsgálatban szereplő 362 személyből mindösszesen 12 (3,3%) volt negatív mindhárom vírusra, és szintén elhanyagolható volt (13%) azoknak az aránya, akik csak az egyik fertőzést kapták meg. Ebből tehát az következik, hogy az injekáló drogfogyasztók számottevő többsége (83,7%) több mint egy vírussal fertőződött meg. A kockázati tényezőket elemezve a hosszú ideje tartó drogfogyasztás fő fertőzési forrás volt mind a kettős, mint pedig a hármas együttfertőzés esetén. A vizsgálat meghatározó szerepet tulajdonított emellett az ismételt bebörtönzésnek, amely leginkább a három fertőzés együttlétszáma esetén volt jelentős faktor.²⁰³

VI. 2. A hepatitis B veszélye a végrehajtási környezetben

A hepatitis B vírus általában 2-6-szor nagyobb arányban van jelen a büntetés-végrehajtási intézetekben, mint a civil szférában. Oroszországra vonatkozó 2002-es adatok szerint a lakossághoz képest az e vírussal fertőzöttek rátája a börtönökben például 3-szor nagyobb volt, és bár a 100.000 fogvatartottra vetített mutató az adott évre 96,9-re esett vissza,²⁰⁴ egyes régiókban azonban még továbbra is több mint 300 maradt.²⁰⁵

A hepatitis B vírussal történő fertőzés kockázata ennél a típusnál is az intravénás kábítószerélvezők körében a legnagyobb, akiknek kb. 50-80%-a az injekálás megkezdését követő 5 éven belül megfertőződik. Emellett átadható a fertőzés szexuális úton vagy bármilyen olyan szituációban, ahol a vér vagy a testnedvek egy fertőzött személytől bejutnak egy immunitással nem rendelkező személy testébe. Annak ellenére, hogy több mint két évtizede létezik hatásos és biztonságos oltóanyag, pl. az USA-ban évente hozzávetőleg 8.000 ember fertőződik meg a vírussal. Ennek okai részint anyagi természetűek, másrészt sok esetben a fogvatartás időtartama rövid a háromdózisú oltáshoz, amely 6 hónapot vesz igénybe, és melyből az első dózisonál 55%-os, míg a második után 85%-os védetség feltételezhető.²⁰⁶ Ez a védőoltás azonban a hepatitis C ellen nem hatásos, arra nem alkalmazható.

Hollandiában a nemzeti kampány keretében 2002-től biztosítanak ingyenes hepatitis B védőoltást a kockázati csoportok számára. 2004-ben a büntetés-végrehajtás az igazságügyi

²⁰³ Pallas, J. R. – Farinas-Álvarez, C. – Prieto, D. – Delgado-Rodriguez, M.: Coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C in imprisoned injecting drug users. *European Journal of Epidemiology* 1999/15. 699-704. pp.

²⁰⁴ 1990. és 1995. között a hepatitis B előfordulása a végrehajtási közegben megduplázódott: 100.000 főre számítva 71,2-ről 156,9-re emelkedett és egészen 2002-ig ezen a szinten maradt. A 96,9-es rátára történő visszaesés ehhez az adathoz mérten értelmezendő.

²⁰⁵ Bobrik, A. – Danishevski, K. – Eroshina, K. – Mckee, M.: i.m. 46. p.

²⁰⁶ Lásd részletesebben: Schwartzapfel, B. – Rich, D.J.: Hepatitis B in corrections. *Infectious diseases in corrections report*. 2004/7. 1-9. pp.

minisztériummal közösen döntött a kampányban való részvételről, lehetővé téve a börtönnépesség körében való ingyenes hozzáférést. 2005. áprilisára már a végrehajtási intézetek több mint fele bekapcsolódott a programba, melyben Internet alapú nyilvántartási rendszert működtetnek, a fogvatartottak regisztrációja anonim módon történik. 2005. decemberében a nemzeti kampányban szereplő védőoltások 12%-a az 5534 fős fogvatartotti állomány körében került szétosztásra. A védőoltások ingyenes biztosítása fontos áttörés volt a holland börtön-egészségügyben. E lépéssel a börtönökben csökkent az egészségügyi kockázat és nőtt részint a végrehajtás, részint pedig az általános népesség biztonsága.²⁰⁷

Általánosságban elmondható, hogy a hepatitis A alacsony fertőzési kockázata miatt a vele szembeni védőoltás alkalmazása bizonyos kockázati csoportokra korlátozható, míg a hepatitis B elleni vakcina – a vírussal már megfertőződött személyeket kivéve - valamennyi fogvatartott számára indokolt volna. A rendelkezésre álló adatok alapján az Európai Unió új tagállamai közül a hepatitis B elleni védőoltás a drogfogyasztók számára jelenleg csak a Cseh Köztársaságban, Szlovákiában és Szlovéniában biztosított. A hepatitis A védőoltáshoz való hozzáférés ugyanakkor még ennél is korlátozottabb.²⁰⁸ A hepatitis B védőoltás elérhetősége szempontjából jellemzően az ingyenesség érvényesül, kivételként említhető ugyanakkor a Szlovák Köztársaság, ahol a fogvatartottak jogi státusza dönt e kérdésben és ennek nyomán az elítéltek kategória részesül elsősorban az ingyenes védőoltásban, illetőleg Észtország, ahol csak az elítéltek és a kockázati csoportok élvezhetik a díjmentességet. Litvániában az ingyenes hozzáférés ugyancsak az elítéltek börtönnépességét illeti meg. Egészségügyi okokból Málta ajánl védőoltást valamennyi fogvatartottjának, a Cseh Köztársaság, Észtország, Szlovénia a kockázati csoportok számára teszi meg ugyanezt, végül hazánkban, a Szlovák Köztársaságban és Szlovéniában fogvatartotti kérelem alapján van helye a védőoltásnak.²⁰⁹

VI.3. Hepatitis C és B helyzet Magyarországon

Hazánkban a hepatitis fertőzés jelenlétét kimutató tesztet korábban akkor végezték el, ha a fogvatartott véradó volt, azaz a hepatitis C szűrésre csak véradás alkalmával volt lehetőség. Ez éves szinten 5-6000 véradó fogvatartott kiszűrését jelentette. A jelenlegi helyzet ennél is rosszabb, mivel a Vérellátó Szolgálat az Európai Uniós normák alapján nem tart igényt a fogvatartottaktól levett vérről, a szűrővizsgálatok elvégzésére pedig a büntetés-

²⁰⁷Hoff, G.: Hepatitis B vaccination campaign in prisons in the Netherlands. Connections. 2006. May. 8-9. pp.

²⁰⁸Merkinaitė, S.: i.m.3.p.

²⁰⁹Weilandt, C.-Eckert, J.-Huismann, A.: i.m.19.p.

végrehajtásnak nincs költségvetési forrása, így a fertőző betegségek kiszűrésének igen fontos bázisát veszítettük el. Tovább tetézte a helyzetet, hogy az Európai Parlament 2006. novemberében írásos nyilatkozatot fogadott el²¹⁰ a hepatitis C fertőzéssel kapcsolatban, melyben felhívta a figyelmet arra, hogy Európában 12 millió ember fertőződött meg a vírussal, így a megfelelő közegészségügyi beavatkozások elkerülhetetlenek. Az Európai Parlament rámutatta arra is, hogy bár sok esetben a betegség, mint „csendes halálhozó” nem diagnosztizálható, ugyanakkor a diagnosztizált betegeknek gyakorta kell szembenézniük a megbélyegzéssel, a diszkriminációval. A nyilatkozat cselekvésre szólította fel az Európai Bizottságot és az Európa Tanácsot: sürgette a vírusfertőzéssel kapcsolatos ajánlások elfogadását, az ellenőrzések, és a diagnosztizálás hatékonyságának javítását és a szükséges kezelések könnyebb hozzáférhetőségének biztosítását az Unió tagországaiban. A magyar bv-t is felkérték, hogy a fertőzéssel összefüggésben tervezett lépésekről adatokat szolgáltatson.

Ebben a szorult helyzetben némi gyógyírt jelent, hogy egy külső nem kormányzati szerv által vezetett projekt keretében, térítésmentesen 7 kijelölt végrehajtási intézetben végeznek anonim szűrést hozzávetőlegesen 1500 fő részvételével, részint a fogvatartottak, részint pedig a személyi állomány körében. A szűrés mellett a fertőzéssel összefüggő felvilágosítást és oktatást is biztosítanak az érintettek számára.²¹¹ A Bv. Egészségügyi Főosztály által rendelkezésemre bocsátott, még nem publikált adatok alapján összesen 38 főnél mutatta ki a vizsgálat a hepatitis C jelenlétét, és az érintettek számára a büntetés-végrehajtás a kezelés lehetőségét is felajánlotta.

A fertőzés, illetve a betegség súlyosságára tekintettel véleményem szerint mindenképpen indokolt lenne e szűrővizsgálat elvégzése legalább a befogadáskor a kockázati csoportok tekintetében. A szűrővizsgálattal így lehetőség nyílna a korai felismerésre, a fertőzés forrásainak felkutatására, illetőleg a fertőzésveszély elhárítására. A szűrővizsgálatok elvégzését indokolhatja a HIV és hepatitis egyúttfertőződés lehetősége is. A mindkét fertőzés szempontjából leginkább veszélyeztetett kockázati csoportnak tekinthető injekciós drogfogyasztók esetén mindkét szűrővizsgálat alapvető jelentőséggel bírhat.

A betegség kezelésére a kor színvonalának megfelelően a Tököli Börtönkórház Belgyógyászati Osztályának fertőző beteg részlegén van lehetőség.²¹² A BVOP becslései

²¹⁰ 0087/2006. European Parliament. Written declaration on Hepatitis C

²¹¹ Heylmann Katalin bv. ezredes, egészségügyi osztályvezető előadása 2007. május 17-én a Magyar Börtönügyi Társaság 2007. évi közgyűlésén és szakmai fórumán

²¹² Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies... Country report for Hungary. 2004. i.m. 15. p.

szerint hazánkban a fogvatartotti állománynak mindösszesen 1,5%-a tekinthető vírushordozónak, ami nemzetközi összehasonlításban is igen kedvező mutatónak számít.²¹³

A hepatitis C-hez hasonlóan a hepatitis B esetén is gondot jelent a szervezett véradások megszűnése, amely nagyon fontos szerepet töltött be a hepatitis B, illetve C vírushordozók kiszűrésében. Jelenleg a hepatitis B elleni védőoltásban sem a fogvatartottak, sem a végrehajtási személyzet nem részesül kötelezően. E tekintetben kivételt az egészségügyi dolgozók jelentenek, akik foglalkozásukból kifolyólag részesülnek kötelező jelleggel a védőoltásban. A hepatitis C-nél elmondottakhoz hasonlóan a magam részéről azon a nézeten vagyok, hogy a hepatitis B szűrést legalább a kockázati csoportok esetén biztosítani kellene. A legideálisabb ugyanakkor az lenne, ha a szűrővizsgálatot valamennyi fogvatartott esetén, és mind a befogadáskor, mind pedig a szabadításkor elvégeznék.

VII. HIV és AIDS

A HIV az Emberi Immunhiányt (kiváltó) Vírus,²¹⁴ az AIDS pedig Szerzett Immunhiányos Tünetegyüttes,²¹⁵ amelyet a HIV vírus okoz. A HIV-fertőzöttség nem jelent egyet az AIDS betegséggel, tekintettel arra, hogy az AIDS tünetei a vírus jelenléte ellenére akár évekkel később is jelentkezhetnek. A HIV a nevéhez híven legyengíti az immunrendszert, és sebezhetővé teszi a betegségekkel szemben. Bár jelenleg nincs ellene oltóanyag,²¹⁶ azaz a vírus nem pusztítható el, de gyógyszerekkel az immunrendszer leépülése lelassítható és késleltethető az AIDS kialakulása. Napjainkban a HIV betegek kezelése az ún. antiretrovirális terápia formájában ismert. A terápia kapcsán azonban egy komoly problémával kell számolni: a kezelés bármely okból történő megszakítása az alkalmazott gyógyszerek közül egyesek rezisztenciájához vezethet. Törekedni kell ezért a kezelés befejezésére, illetve egyéb intézkedések szükségesek ahhoz, hogy a kezelés megszakadása ne következzen be.²¹⁷ Nagy

²¹³ Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005. A kábítószerügyi koordinációban résztvevő minisztériumok és országos hatáskörű szervezetek beszámolóí alapján. Budapest, 2005. 121. p.

²¹⁴ Az angol Human Immunodeficiency Virus szó rövidítéséről van szó.

²¹⁵ Az angol elnevezés: Acquired Immune Deficiency Syndrome.

²¹⁶ Egy Amerikában, a Rhode Island-i büntetés-végrehajtási intézetben, 2002-ben végzett kutatás arra kereste a választ, hogy a fogvatartottak hogyan viszonyulnának egy potenciális HIV elleni oltáshoz. A vizsgálatot végzők abból indultak ki, hogy a HIV fertőzés körüli stigmák alapján korlátozzák az oltás felvételét. A félelem és a bizalmatlanság pedig oda vezethet, hogy a fogvatartottak visszautasítják a vakcina beadását. A kérdőíves felmérés eredményeiből a kutatást végzők megállapították, hogy bár a fogvatartottaknak csak 20%-a gondolta úgy, hogy ki van téve a fertőzés kockázatának, mégis a megkérdezettek 93%-a jelezte, hogy hajlandó lenne beoltatni magát a bebörtönzés tartama alatt.

Részleteiben lásd: Lally, M. – Gaitanis, M. – Vallabhaneni, S. – Reinert, S. – Mayer, K. – Zimet, G. – Rich, J.: Willingness to receive an HIV vaccine among incarcerated persons. Preventive Medicine 2006/43. 402-405. pp.

²¹⁷ Bővebben: Dumitru, L.: i.m. 53-54. pp.

hatékonyságú változata az ún. HAART,²¹⁸ melynek lényege, hogy a HIV életciklusa során egyszerre több helyen avatkozik be a HIV szaporodásába, illetve működésébe.

A fertőzést 8 hét elteltével lehet kimutatni, így ezen időtartamon belül elvégzett szűrés fals eredményt adhat: a vírus hatására a szervezetben termelődő ellenanyagot a teszt nem mutatja ki, annak ellenére, hogy a vizsgált személy vírushordozó és fertőző. A diagnosztizálást nehezíti, hogy a tünetek (láz, kimerültség, torokgyulladás, kiütés, testsúlycsökkenés, megduzzadt nyirokcsomó) alapján gyakorta más betegségekre is lehet következtetni.

A fertőzés terjedésének 5 módja különíthető el, melyek közös ismérve a testnedvek (vér, sperma, anyatej) keveredése:

- a fertőzés megkapható fertőzött vérrrel vagy vérkészítménnyel,
- anyáról gyermekére történő átvitel (például méhen belüli fertőzés, szülés, illetve szoptatás során),
- védekezés nélküli szexuális érintkezéssel,
- nem, illetve nem megfelelően sterilizált eszközök révén,
- valamint injektáló kábítószer-fogyasztással, amikor a fertőzött tűt használó személy közvetlenül a véráramba fecskendezi a vírust.

A fertőzés köznapis érintkezéssel vagy cseppfertőzéssel nem terjed, a vírus átadása pedig bizonyos alapvető higiéniai, illetve magatartási szabályok (például steril tű, óvszer használata) betartásával elkerülhető.

Az UNAIDS/WHO becslése szerint 2004-ben a világon 36.9 millió, 2006-ban pedig 39.5 millió személy volt HIV-fertőzött. Közelebbről a kelet-európai, valamint a közép-ázsiai helyzetet vizsgálva az elemzés a fertőzéssel együttélők számának emelkedését mutatta 2004. illetve 2006. között. Amíg a 2004. évre vonatkozó adatok e térség tekintetében 1.4 millió fertőzöttről tettek említést, addig számuk 2006-ra 1.7 millióra növekedett.²¹⁹

VII. 1. A fertőzés terjedése a börtönkörnyezetben

Ami a börtönkörnyezetet illeti, a HIV transzmissziója szempontjából ez a közeg különösen veszélyesnek minősíthető, tekintettel az egészségügyi ellátás korlátozott elérhetőségére, a védekezés nélküli szexuális kapcsolatokra, a tetováló tevékenységekre,

²¹⁸ Highly Active Antiretroviral Therapy (nagy hatékonyságú antiretrovirális terápia)

²¹⁹ Bővebben: *UNAIDS/WHO framework document* http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf. és <http://infection.thelancet.com> Vol 7. January 2007.

valamint a nem steril eszközökkel történő injektáló drogfogyasztásra. A HIV börtönbeli terjedését eredményező ezen tevékenységek közös ismérve, hogy jellemzően illegálisak, így gyakorta büntető intézkedéseket vonnak maguk után, nem pedig egészségügyieket. Emellett a végrehajtási intézetek többek között a túlszűfoltásnak, a szegényes ételmezésnek betudhatóan a HIV és egyéb fertőző betegségek melegágyainak is tekinthetők. A *HIV/AIDS* előfordulása így a fogvatartotti populáción belül ugyancsak magasabb, mint a szabad társadalomban. Számos országban ez két tényezőnek tudható be: egyrésről azon fogvatartotti hányadnak, akik már a szabadságelvonást megelőzően is intravénás drogfogyasztók voltak, másrésről pedig a társadalomban az intravénás kábítószerélvezők HIV fertőzötteken belüli arányának.²²⁰ Megemlíthető továbbá, hogy a HIV fertőzési rátája a börtönökben azon területeken a legnagyobb, ahol a társadalomban is jelentős számban találhatók intravénás droghasználók.²²¹

Az ENSZ Kábítószerrel és Bűnözéssel Foglalkozó Irodája által 2006-ban kiadott dokumentum²²² alapján a HIV fertőzés börtönbeli előfordulása két fő okra vezethető vissza. Egyrésről azon országokban, ahol az injektáló drogfogyasztók körében nagy a fertőzési ráta, ezen injektáló kábítószerélvezők gyakorta kerülnek büntetés-végrehajtási intézetbe, ahol egyesek továbbra is folytatják az injektálást. Ezekben az országokban a HIV, illetve a hepatitis C magas rátái mögött mind a börtönökben, mint pedig azokon kívül az injektáló eszközök megosztott használata áll. Másrésről vannak azok az országok, ahol a társadalomban jelentős arányt képviselnek a HIV pozitív személyek és esetükben a fertőzést meghatározó ok a nem biztonságos heteroszexuális kapcsolat. Ezekben az államokban a HIV börtönbeli magas mutatói a fertőzés szélesebb társadalomban tapasztalt magas rátáival vannak kapcsolatban. A végrehajtási közegen belül pedig a fertőzés további terjedése elsődlegesen a szexuális kapcsolatokra, valamint az egészségügyi gyakorlatra vezethető vissza. A legtöbb országban tehát a kriminalizáció és a bebörtönzés veszélyének kitett csoportok egybeesnek a HIV/AIDS-vel szemben leginkább sebezhető rétegekkel.²²³

Más oldalról megközelítve a HIV, valamint a hepatitis B és C vírusok transzmissziójának veszélye azért nagyobb a végrehajtási közegben, mert az intravénás

²²⁰ Jürgens, R.: HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. Ancillary Meeting on HIV/AIDS and drug abuse. Vienna, 2003.

²²¹ (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: The facts. 2006. Letölthető: <http://www.aidslaw.ca>

²²² (United Nations Office on Drugs and Crime) HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. Co-published with WHO/UNAIDS, New York, 2006.

²²³ (United Nations Office on Drugs and Crime) HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. I.m.3.p.

drogfogyasztók nagyarányú bebörtönzése mellett a megelőző intézkedések (így többek között steril injektáló eszközök, óvszerek biztosítása) vagy hiányoznak, vagy csak korlátozottan elérhetők a börtönökben.²²⁴ A homofóbia és az azonos neműek közötti szexuális kapcsolatok elítélése például alapvető korlátja az óvszerek, síkosítók végrehajtási intézetekben történő alkalmazásának. A börtönhatóságok bevezetés elleni érve, hogy a fogvatartottak közötti szexuális kapcsolatok illegálisak, így a nemi kapcsolatokhoz szükséges eszközök biztosítása úgy tűnne, mint e tevékenységek szentesítése, engedélyezése a hatóság részéről. A későbbiekben bemutatásra kerülő HIV-prevenációs módszerek közül a legszélesebb körben a fertőzéssel összefüggő és egyúttal legkevésbé költséges oktatás terjedt el és kerül alkalmazásra. Emellett, ha növekvő számban is, de továbbra is viszonylag kis számú ország büntetés-végrehajtása él a fertőzéssel szemben leghatásosabbnak tekinthető tűcsere-programok, valamint szubsztitúciós terápiák alkalmazásával. A HIV/AIDS betegséget a börtönben befolyásoló tényezők között szólni kell ugyanis arról a körülményről, hogy számos országban a végrehajtási intézetek katonai, vagy biztonsági erők irányítása alatt működnek, avagy ezen területekért felelős minisztériumok alá tartoznak, illetőleg, ha egyik eset sem áll fenn, akkor is jellemző a szabályokhoz való merev ragaszkodás, mely nem teszi lehetővé, hogy megnyíljanak a változtatások felé. A közvélemény oldaláról nézve emellett általában megfigyelhető, hogy távolságtartók a fogvatartottakkal, illetve a fogvatartotti jogokkal szemben. Jellemző továbbá a valós börtönélettel és a végrehajtási feltételekkel összefüggő információhiány, és tájékozatlanság, amely megnyilvánul a nemzetközi emberi jogok, illetve más, a végrehajtási intézetekkel és fogvatartottakkal kapcsolatos normák iránt is. Mivel sok esetben a HIV fertőzöttek létszámáról megbízható becült adatok sem állnak rendelkezésre, a döntéshozók nem tesznek lépéseket a fertőzés felszámolására, a prevenció irányába. Hasonló jelenség figyelhető meg azonban számos olyan országban is, ahol ismert a HIV előfordulási gyakorisága a börtönökben és ténykérdés a HIV transzmissziója is, mégsem cselekszenek, elodázzák a döntést, illetve már akkor tesznek erőfeszítéseket, amikor a fertőzés járvánnyá teljesedett ki.²²⁵

A büntetés-végrehajtási intézetekben a HIV pozitív fogvatartottak gyakran a leginkább sebezhető és a stigmáknak kitett népességet alkotják. A fertőzéstől, illetve a betegségtől való félelem emellett gyakorta sodorja a HIV/AIDS beteg fogvatartottakat a társadalmi izoláció, az erőszak és az emberi jogok sérelme megnövekedett veszélyének mind a többi rab, mint pedig

²²⁴ *Hellard, M.E. – Aitken, C.K.*: HIV in prison: what are the risks and what can be done? *Sexual Health* 2004/1. 107. p.

²²⁵ *Betteridge, G.*: Prisoners' health and human rights in the HIV/AIDS epidemic. *HIV/AIDS policy & law review* 2004/3. 97-98. pp.

a végrehajtási személyzet részéről. A HIV/AIDS-vel szembeni félelem leginkább 3 tényezőnek tudható be. Egyrészt befolyásolja a transzmisszióval összefüggő tájékozatlanság, így például az a tévhit, hogy a fertőzés köznapi érintkezéssel, kontaktussal átvihető. Kihatással van rá a börtönkörnyezet zártsága, különösen a lakóhelyiségek, fürdők és étkezési lehetőségek megosztott, közös használata révén. És érinti az a stigma és diszkrimináció is, amely a börtönnépességen belül az olyan személyekkel szemben nyilvánul meg, mint az illegális drogfogyasztók, homoszexuálisok, szex-munkások.

Az a társadalmi stigma, hogy a fogvatartott HIV pozitív, vagy ennek a gyanúja felmerül, negatív kihatással van az egyénre, és egyúttal aláássa a HIV/AIDS-vel szembeni erőfeszítéseket is. A potenciális diszkriminációtól való félelemből a fogvatartottak ugyanis gyakorta nem élnek a HIV szűrés lehetőségével, illetve nem veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. A stigmák és a diszkrimináció korlátokat emel az egyenlőség alapelveinek érvényesülése elé, az ellenük irányuló fellépés, harc során ezért van kiemelt jelentősége egyrészt a fogvatartotti jogok védelmének, másrészt a HIV/AIDS szolgáltatások hatékonysága növelésének.

Tekintve, hogy a börtönökben a mindennapi élet szerves részét képezi a biztonsági szabályok érvényesítése, az ellenőrzés, a felügyelet, így a titoktartás szinte lehetetlen. A HIV státusz bizalmasan kezelése, titokban tartása ugyanakkor alapvető jelentőségű lenne. Ezt a bizalmi követelményt sok országban például a munkahely védelmére hivatkozással áttörik. A börtönszemélyzet ugyanis abban a hiszemben van, hogy joga van tudni, kik azok a fogvatartottak, akik HIV pozitív státuszúak, mert ezzel megakadályozható a munkahely HIV fertőzöttsége. A börtönszemélyzet mellett a titoktartást alááshatják a fogvatartottak is, akik hasonló indíttatásból kívánják megvédeni magukat a HIV fertőzött fogvatartott társaiktól. Mindkét eset mögött az a meggyőződés húzódik meg, hogy a fertőzött személyek megnevezése, megjelölése hatékony módszert jelent a védelem során. A HIV fertőzött személyek felfedése, az egészségügyi adatok nyilvánosságra hozatala ugyanakkor azt a hatást váltja ki, hogy a fertőzött, illetve beteg fogvatartottak nem fogják igénybe venni sem a HIV szűréseket, sem a kezelést és ugyanígy félni fognak a megbélyegzés, valamint a diszkrimináció miatt a HIV szűrésekhez kapcsolódó tanácsadásoktól, illetőleg a prevenciós oktatástól is. A titkosság biztosítása pedig, a HIV szűréseken való mind nagyobb számú

részvétel érdekében, az eljárás minden fázisában indokolt lenne, azaz nemcsak a teszt során, hanem az elő-, és utótanácsadások, illetve bármely ezt követő ellátás során.²²⁶

Az Egyesült Nemzetek Szervezetének genfi székhelyű Egészségügyi Világszervezete kiterjedt segélynyújtási, kutató-és irányítási tevékenységet végez az egészségvédelem területén, különösen a fertőző betegségek, a járványok és az AIDS okainak feltárása, a betegségek természete, megelőzése és gyógyításuk terén. A HIV fertőzés börtönbeli megelőzésére és kezelésére vonatkozó technikai jellegű ajánlását az Egészségügyi Világszervezet 1987-ben, majd azt követően 1993-ban fogadta el. Ez utóbbi *Irányelv a HIV fertőzésről és az AIDS-ről a börtönökben* szorgalmazza többek között az önkéntes szűrések alkalmazását a titkosság biztosítása mellett. Ez utóbbit csak az egészségügyi személyzet törheti meg a fogvatartottak beleegyezésével. Kinyilvánítja, hogy a HIV pozitív fogvatartottakkal szemben nincs helye diszkriminációnak, elérhetővé kell tenni a prevenció eszközöket és a kezelésnek olyannak kell lennie, mint ha arra a szabad világban került volna sor. Ezen egyértelműen megfogalmazott iránymutatások ellenére számos országban a HIV megelőzése és igazgatása még elmarad az Irányelvben foglalt kívánalmaktól. Így például néhány esetben a HIV szűrések egyáltalán nem, vagy csak korlátozottan érhetők el a végrehajtási intézetekben. Amennyiben pedig a tesztek biztosítottak, gyakorta a szűréshez kötődő elő-, illetve utótanácsadás hiányzik. Ilyenformán a WHO és az UNAIDS által 2004-ben a HIV tesztekkel kapcsolatban megfogalmazott hármas követelmény,²²⁷ azaz a HIV szűrések titkossága, a kapcsolódó tanácsadások és az érintett személyek önkéntességen alapuló egyetértése nem minden büntetés-végrehajtásban érvényesül. Sok esetben állandósult gyakorlat a kötelező HIV szűrések alkalmazása is, melyet vagy a befogadáskor végeznek el valamennyi fogvatartotton, vagy bizonyos célcsoportokra koncentrálva.

Egy 2002-ben publikált tanulmány²²⁸e kérdéskörrel összefüggésben azt járta körül, hogy a börtönök HIV prevenciók politikáját mely faktorok befolyásolják, és azok mennyiben felelnek meg a hivatkozott Irányelvben foglalt elvárásoknak. A vizsgálódást két kelet-európai Moldova, Magyarország), illetve két nyugat-európai országban (Svájc, Olaszország), valamint az Orosz Föderáción belül Nyizshij Novgorodban végezték 1997. májusa és 1999. februárja között. Az öt ország eltérő börtönnépességgel, végrehajtási tradíciókkal, szervezettel és

²²⁶ Lines, R.: HIV infection and human rights in prisons. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007. 61-65. pp.

²²⁷ (UNAIDS and WHO): UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing, 2004, Geneva, letölthető: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en/index.html>

²²⁸ Bollini, P. – Laporte, J-D. – Harding, T. W.: HIV prevention in prisons. Do international guidelines matter? European Journal of Public Health 2002/12. 83-89. pp.

erőforrásokkal rendelkezett, emellett a HIV fertőzés gyakorisága és a prevenciós lépések is különbözőek voltak. A kutatási eredmények alapján világossá vált, hogy a releváns egészségügyi problémák hátterében a börtönben uralkodó életfeltételek álltak. A börtönök túlzsúfoltsága Moldovában és Nyizhij Novgorodban drámai méreteket öltött, de jelentős börtönnépességet tudhatott magának az olasz büntetés-végrehajtás is, ami szintén kihatással volt az olasz börtönökben tapasztalt egészségügyi problémákra. A tb és a szexuális úton terjedő betegségek különösen az előbb említett két országban jelentettek gondot. A fertőző betegségek kontrollja ugyanakkor nem volt probléma Svájcban és hazánkban.

A HIV börtönbeli előfordulását befolyásoló tényezők közül a vizsgálat kitért a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekményekkel összefüggő ítélkezési gyakorlatra. Ez utóbbi igen szigorú volt Olaszországban és Nyizhij Novgorodban, ami nagy számú drogfüggő bebörtönzését eredményezte. Ezzel szemben hazánkban és Moldovában az alternatív büntetéseknek (detoxikáció a társadalomban) köszönhetően kevés kábítószer-élvező került börtönbe. A két véglet között helyezkedett el Svájc, ahol a fogvatartottak 1/3-át kábítószerrel összefüggő bűncselekmény miatt ítélték el.

A WHO 1993-as Irányelve által szorgalmazott önkéntes HIV szűréseket a vizsgálat időpontjában kizárólag a svájci és az olasz büntetés-végrehajtás alkalmazta, míg hazánkban és Oroszországban a teszt kötelező volt és eredményét nem kezelték titkos egészségügyi adatként. Moldovában kezdetben ugyancsak kötelező volt a szűrés, amit később pénzügyi forráshiány miatt állítottak le. A HIV pozitív fogvatartottak elkülönítését a nemzeti AIDS program követéseként nem alkalmazták sem Olaszországban, sem pedig Svájcban. Ezzel szemben a kelet-európai országok ekkor találták szembe magukat a járvánnyal, így ebben a fázisban a HIV-vel szembeni fellépés egyik eleme az érintettek izolálása volt. Összességében elmondható, hogy a vizsgált 5 ország közül mindösszesen egy, Svájc hajtotta végre teljes körűen az irányelvben foglaltakat, míg hazánkat és Olaszországot a kutatás a részleges megvalósítók közé sorolta. Ennek kapcsán fogalmazódott meg a vizsgálatot végzőkben, hogy mi az oka az irányelv alkalmazása körüli sikertelenségnek: a végrehajtási környezet nem adekvát a végrehajtáshoz, vagy más tényezők akadályozzák, hátráltatják annak megvalósítását.

A vizsgálat arra a következtetésre jutott, hogy több faktor is befolyásolhatja egy adott ország HIV prevenciós politikáját. Így Moldova és Nyizshij Novgorod esetében az információhiány gátolta az alkalmazást, a börtönhatóságoknak ugyanis nem volt tudomásuk az irányelvek létezéséről és azok a nemzeti nyelven nem álltak rendelkezésre. Ugyancsak e két országra jellemző, hogy például az óvszerek szétosztását a büntetés-végrehajtás támogatta

volna, de törekvésüket az erőforrások hiánya akadályozta. Hazánkban kevés számú intravénás drogfogyasztó került börtönbe, így a büntetés-végrehajtás nem számolt olyan prevenciós lépések bevezetésével, mint a fertőtlenítő szerek és steril injektáló eszközök biztosítása. Más esetekben az érintett ország büntetés-végrehajtásának nem volt megfelelő tudása/tudomása a fertőzést és a kockázati faktorokat büntetés-végrehajtási ellenőrző anonim technikákról, így továbbra is a tömeges szűrést alkalmazták. Végezetül arra is van példa, hogy egyes prevenciós módszereket (tűcsere-program, metadon kezelés, óvszerek szétosztása) a végrehajtási közegben azért utasítanak el, mert alkalmazásuk ebben a környezetben vitatott, a politika által nem támogatott.

A HIV prevenciós intézkedések mind szélesebb körben történő alkalmazását szorgalmazta az a kutatás,²²⁹ amelyet 1996. októbere és 1997. márciusa között 6 európai országban végeztek. A Franciaországra, Németországra, Hollandiára, Olaszországra, Skóciára és Svédországra kiterjedő vizsgálat célja a HIV fertőzés és a kapcsolódó kockázati magatartások előfordulásának, fellelhetőségének demonstrálása volt az európai börtönökben. A vizsgálatot végzőket ugyanis az a felismerés vezette, hogy Európában a fogvatartotti népesség drámai növekedése ellenére nem történik adatgyűjtés a HIV fertőzéssel, illetve a rizikóviselkedésekkel összefüggésben. Az adatgyűjtés során részint kérdőíves elemzést végeztek a fogvatartottak körében, részint pedig a rendelkezésre bocsátott nyálminták alapján a HIV tesztelése következett. A vizsgálatba vont fogvatartottak részvétele a válaszadást tekintve 75%-os, míg a mintavételt tekintve megközelítőleg hasonló, 73%-os volt. A HIV szűrés alapján 15 fogvatartott tesztje lett pozitív: 5 Franciaországban, 3 Hollandiában és Svédországban, 2 Skóciában és 1 Olaszországban, valamint Németországban. A fertőzés előfordulása az injektáló drogfogyasztók körében 4% -ot tett ki, ami szignifikánsan magasabb érték volt, mint a nem injektálók esetén. A másik oldalról megvilágítva azonban kiemelendő, hogy a 15 fogvatartott közül 7-nél nem volt injektáló drogfogyasztói múlt. Ez a körülmény a kutatást végzők számára felvetette annak szükségességét, hogy ne kizárólag az injektáló drogosok körében végezzék el a HIV szűrést, hanem azt ajánlani és biztosítani kellene a büntetés-végrehajtás valamennyi fogvatartottja számára.

Az injektáló drogfogyasztás vonatkozásában az adatok egyértelműen az eszközök közös használatának általános gyakorlatát tükrözték. A szabadságvesztés megkezdését megelőző 4 héten belül például a megkérdezettek 46%-a válaszolta azt, hogy olyan injektáló

²²⁹ Rotily, M. – Weilandt, C. – Bird, S.M. – Kall, K. – Van Haastrecht, H.J.A. – Landolo, E. – Rousseau, S.: Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. *European Journal of Public Health* 2001/3. 243-250. pp.

eszközt használt, melyet valaki korábban már úgyszintén felhasznált. Skóciában, Németországban és Svédországban az injektló drogosok 4-15%-a pedig arról számolt be, hogy az injektló kábítószer-fogyasztásra első ízben a jelenlegi ítélet tartama alatt került sor.

A vizsgálat kiterjedt továbbá a kockázati magatartások közül a tetováló tevékenységek, illetve a fogvatartottak szexuális szokásainak értékelésére is. Ez utóbbi tekintetében a fogvatartottak mindösszesen 1%-a vállalta fel homoszexuális kapcsolatát a börtönben, míg 16% esetén a nemi érintkezés heteroszexuális formában történt. A tetoválás börtönbeli előfordulását tekintve a hat ország adatai 6% (Skócia) és 43% (Franciaország) között mozogtak. Az értékekből emellett az derült ki, hogy viszonylag ritkán (8-37%) fordult elő az tetováló eszközök kizárólag egy fogvatartott általi használata, azaz jellemzően az injektló drogfogyasztáshoz hasonlóan több fogvatartott esetén is ugyanazzal az eszközzel történt a test tetoválása. További fontos adalék, hogy a tetoválások kétszer olyan gyakran fordultak elő az injektló drogosok körében (29%), mint a nem injektlók között (15%).²³⁰

Az adatok összegzéséből az a következtetést vontam le, hogy a HIV, illetve egyéb fertőző betegségek, így például a hepatitis kialakulását kiváltó rizikóviselkedések, azaz az injektló drogfogyasztás, a tetováló tevékenység, a szexuális érintkezések a börtönkörnyezetben is jelen vannak. Jellemző azonban ebben a közegben a nagyobb kockázatvállalás: mind az injektló drogfogyasztás, mint pedig a tetoválások során gyakori a beavatkozásokhoz szükséges eszközök együttes, megosztott használata, a nem szeril eszközök alkalmazása, a nemi érintkezések során az óvszerek alkalmazásának mellőzése. E magatartások pedig együttesen, de külön-külön is a HIV fertőzés előfordulását segítő, illetve fokozó, a terjedésre alapjaiban kiható tényezők.

VII. 2. Az európai helyzetkép

A HIV pozitív fogvatartottak pontos létszámának meghatározása, megbecslése igen nehéz feladat, ami összefüggésben van az eltérő szűrési eljárásokkal. Az önkéntes alapon működő tesztek mellett ugyanis elterjedt megoldás, hogy csak az új fogvatartottakat vetik alá a HIV-szűrésnek, illetve arra is van példa, hogy akkor végzik el a tesztet, amikor a fertőzés kiteljesedett és járvány tört ki,²³¹ illetve, ahogy hazánk gyakorlata is példázza az önkéntesség elvének érvényesülése és érvényesítése nem feltétlenül ösztönző tényező a szűrésen való

²³⁰ Rotily, M. – Weilandt, C. – Bird, S.M. – Kall, K. – Van Haastrecht, H.J.A. – Landolo, E. – Rousseau, S.: Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. *European Journal of Public Health* 2001/3. 243-250. pp.

²³¹ Lines, R. – Jürgens, R. – Betteridge, G. – Stöver, H. – Laticevski, D. – Nelles, J.: i.m. 5. p.

részvételre. A tény, hogy évről évre csökken a teszt elvégzését felvállaló fogvatartottak száma lehetetlenné teszi a fertőzés méretének, a valós helyzetnek a feltérképezését.

A HIV fertőzéssel összefüggő adatgyűjtés szükségességét hangsúlyozta az a kutatás, mely 152 alacsony,- valamint közép-jövedelmű országban elemezte a HIV és az injektló drogfogyasztás alakulását. A projekt résztvevői 2003/2004-ben végezték az adatgyűjtést, mely többek között kiterjedt a HIV általános börtönnépességen, illetőleg az intravénás drogfogyasztókön belüli előfordulására, az injektló kábítószerélvező fogvatartottak arányára, valamint a HIV transzmissziójára. Az eredményeket összegezve általánosságban elmondható, hogy ezen kiemelt kérdéskörök tekintetében viszonylag kevés adat állt rendelkezésre és azok is sok esetben igen eltérő időszakokat öleltek fel.

A HIV börtönkörnyezetben tapasztalható előfordulásáról például 76 ország esetén álltak adatok rendelkezésre és közülük 18-nál a HIV aránya meghaladta a 10%-ot. Európából ebbe a kategóriába tartoztak Észtország, Litvánia, Románia, Szlovákia, valamint Ukrajna.

Az injektló drogfogyasztók börtönnépességen belüli arányát tekintve már mindösszesen 9 ország szolgáltatott adatokat, ebből 7 ország esetén 10%-ot meghaladó volt az arányszám. Ugyancsak Európára koncentrálva 3 ország Oroszország, Szlovákia és Ukrajna rendelkezett ilyen adatokkal.

8 államból származtak információk a HIV injektló drogfogyasztók közötti előfordulásáról, 10%-ot meghaladó arányszámokkal pedig 7 ország rendelkezett. Európán belül Oroszország, valamint Szerbia és Montenegró kerültek ebbe a kategóriába mutatóik alapján.

A HIV transzmissziója négy európai ország (Oroszország, Ukrajna, Litvánia, a Cseh Köztársaság) vonatkozásában volt bizonyított. Oroszországban a HIV járvány az 1824 fős börtönnépességből Nizhnekamskban 400 fogvatartott megfertőződését eredményezte. A védekezés nélküli szexuális tevékenységek, valamint a börtönön belüli injektló drogfogyasztás következményeként könyvelték el járvány kitörését Ukrajnában egy alacsony biztonsági fokozatú börtönkolónián. Litvániában az első HIV pozitív eredményt a fogvatartottak körében 1992-ben mutatták ki. 2002. májusában pedig azt az első esetet dokumentálták, amikor egy HIV negatív személy a végrehajtási intézetben fertőződött meg a HIV vírussal. A teszt elvégzésére az alytusi börtönből történő átszállítás kapcsán került sor. A pozitív szűrési eredmény nyomán döntöttek a hatóságok a fogvatartottal közeli kapcsolatban lévő személyek HIV szűrése mellett. A 80 szűrésen átesett személyből 27 bizonyult HIV pozitívnak. Ezt követően a börtönben valamennyi fogvatartott szűrését elrendelték és a 2002. május 17. és június 20. közötti időszakban 207 fogvatartott szűrése lett pozitív. E HIV járvány

ugyancsak az injektáló drogfogyasztással és az eszközök megosztott használatával összefüggésben fejtette ki hatását.²³²

A vizsgálat adataiból megállapítható volt, hogy számos országban a börtönön belül zajló injektáló drogfogyasztás nem képezte kutatások, vizsgálódások tárgyát. Ebből adódóan ugyancsak korlátozott adat állt rendelkezésre az injektáló drogosok HIV fertőzötteken belül arányát tekintve is. Azokban az esetekben azonban, amikor az adatszolgáltatás mindkét kérdéskörre kiterjedt, egyértelműen megállapítható volt az injektáló kábítószer-fogyasztás és a HIV-státusz közötti szoros korreláció. Ugyancsak fontos adat, hogy a kábítószereket intravénásan adagolók körében a HIV fertőzöttségi szintje 0-ról 1-2 éven belül 50-60%-ra emelkedhet.²³³

A rendelkezésre álló adatok alapján a HIV mutatóit vizsgálva az európai országok két nagy kategóriába sorolhatók. Így Lengyelország, a Cseh Köztársaság, Bulgária, Magyarország,²³⁴ Szlovákia esetén a HIV fertőzés alacsony előfordulásáról beszélhetünk. Hazánkban például a kábítószer-helyzetről szóló 2005-ös jelentés adatai alapján a HIV pozitív fogvatartottak száma átlagosan 8 főre tehető és egyiküknél lehetett csak kimutatni, hogy a fertőzés kapcsolatban állt a drogfogyasztással.²³⁵ 2001-ben a Cseh Köztársaságra vonatkozó adatok 7 ismert HIV esetről, míg Bulgáriában 2003-ban 0 előfordulásról tesznek említést. Szlovákiában 1998. óta 20.000 fogvatartott esetében végezték el a HIV szűrést, melyből 3 fogvatartott tesztje lett pozitív.²³⁶

Ezzel szemben az egykori Szovjetuniótól függetlenné váló államok, különösen Oroszország, Ukrajna, Litvánia, Lettország és Észtország tekintetében igen magas a fertőzöttek aránya a fogvatartottak körében. 2002-ben Litvániában például a fogvatartotti állomány között a fertőzés előfordulása 15%-os, Oroszországban²³⁷ 24%-os, 2001-ben Ukrajnában pedig 26%-os volt.²³⁸

²³² Arnadottir, T. – Ellingsen, I.L. – Tsereteli, Z: Assessment of communicable disease control in Lithuanian prisons. Report of an expert mission to Lithuania carried out 17 to 21 March 2003. 23. p.

²³³ (World Health Organization): Advocacy Guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. 2004., 3.

²³⁴ A WHO szerint hazánkban 2-3000 személy tekinthető HIV/AIDS betegnek. Közöttük az intravénás drogfogyasztók – nemzeti vizsgálat hiányában – nincsenek hivatalosan nyilvántartva, számukat egyes becslések több mint 30%-ra teszik. A 2004-2010-re vonatkozó Nemzeti AIDS stratégia szerint az intravénás kábítószer-élvezők létszáma emelkedett ugyan hazánkban, de fertőzési lánc kialakulásának eddig nem volt kimutatható jele.

²³⁵ Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005. i.m. 121. p.

²³⁶ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe....2004. i.m. 52. p.

²³⁷ Oroszországban, 2002-ben közel minden hetedik HIV-fertőzött a fogvatartotti állományból került ki. A HIV pozitív fogvatartottak számának drámai emelkedése 1997-ben következett be. A hivatalos statisztikák alapján 1996. és 2003. között az orosz börtönökben a fertőzés előfordulása több mint 30 szorosával nőtt.

Lásd: (Human Rights Watch) Lessons not learned: human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation. 2004/16. 9-15. pp. és Roshchupkin, G.: HIV/AIDS prevention in prisons in Russia. In.: (Lokshina T.,

Itt jegyezném meg, hogy Oroszországban a HIV igen gyors terjedése figyelhető meg a börtönnépesség soraiban: amíg 1994-ben a fertőzési ráta 1000 fogvatartottra vetítve 0,008, 1998-ban 2,3, 2000-ben 16,3, addig 2002-ben 42,1 volt.²³⁹ 2002. és 2003. között csökkent ugyan a HIV fertőzött fogvatartottak száma, de ennek háttérében részint a börtönnépesség csökkenése, valamint a HIV szűrések visszaszorulása, részint pedig az a körülmény állt, hogy jelentős számú HIV/AIDS beteg fogvatartott idő előtt szabadításra került sor ebben az időszakban.²⁴⁰

A volt szovjet tagköztársaságok közül Lettországon belül a becslések szerint az ország HIV-pozitív népességének 1/3-a fogvatartott, a Kirgiz Köztársaságban a fertőzés a rabok 8%-át érintette. Belorussziában 2003-ban 1131 esetet tartottak nyilván, ami 2,1%-os rátának felelt meg. Moldovában 2005. januárjában 5 végrehajtási intézetre kiterjedő vizsgálatot végeztek, amely a HIV előfordulását a férfi fogvatartottakon belül 1,40 - 4,71%-ban, míg a nők esetén 9,63%-ban jelölte meg.²⁴¹

Észtországban 2000. júniusa óta minden évben nőtt a vírussal fertőzött fogvatartottak száma és 2003. májusának végén több mint 400 HIV pozitív személy volt végrehajtási intézetben, többségük kábítószerélvező.²⁴² 2003. január elsejei adat szerint a HIV-fertőzött fogvatartottak száma 450 volt, közülük 447!, azaz 99%²⁴³ esetén a kiváltó ok az intravénás droghasználat. Más források szerint a 2000-től 2003-ig terjedő időszakban több mint 800 fő HIV pozitív személyt tartottak nyilván az észt börtönökben. A 2000-től kezdődő vizsgálódás oka, hogy a HIV/AIDS járvány, egybeesve a problematikus drogfogyasztás gyors terjedésével, ekkor kezdődött az ország szociálisan és gazdaságilag leginkább hátrányos területén. Szisztematikus drogprevenciós tevékenység megkezdésére pedig 1998-ban került sor. Ezen időpontot megelőzően a végrehajtási intézetekben a kínálat csökkentésére helyezték a hangsúlyt, azaz leginkább arra törekedtek, hogy a kábítószer ne juthassanak be a börtönökbe, és beazonosítsák, majd megbüntessék a drogdílereket. A kereslet-csökkentő kezdeményezések, mint például a drogfüggő fogvatartottak részére tanácsadás nyújtása, detoxikálás ennek megfelelően háttérbe szorultak. A drogkínálat visszaszorítását ugyanakkor

ed.) Situation of prisoners in contemporary Russia. Moscow, Moscow Helsinki Group, 2003., letölthető: <http://www.mhg.ru/english/1F4F76C>

²³⁸ Dolan, K. et al. Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. London, 2004. 19-22. pp.

²³⁹ Klein, A. – Roberts, M. – Trace, M.: Drug policy and the HIV Pandemic in Russia and Ukraine. The Beckley Foundation Drug Policy Programme. A Drugscope briefing paper 2004/2. 3. p.

²⁴⁰ Bobrik, A. – Danishevski, K. – Eroshina, K. – Mckee, M.: i.m. 45. p.

²⁴¹ (Canadian HIV/AIDS Legal Network): HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: the facts. 1. Info Sheet In: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. 2006.

²⁴² Situation with HIV in Estonian prison system 26.06.03., www.baltichealth.org

²⁴³ Ez a statisztika a megkérdezettek saját meggyőződésén alapult.

számos tényező hátráltatta: így megemlíthetők a tábor-típusú börtönépületek, melyek a szükséges ellenőrzések elvégzését nehezítették, illetve a fogvatartottakat látogató személyek nem megfelelően végrehajtott átvizsgálása is. Jelenleg és a közeljövőben a törekvések arra irányulnak, hogy a kereslet csökkentése kapjon minél nagyobb teret.²⁴⁴

Az intravénás drogfogyasztás és a HIV fertőzés közötti szoros kapcsolat tudatában 2002. decemberében az egyik legrégebbi és legnagyobb észt börtönben indult útjára egy projekt a drogfüggő HIV pozitív fogvatartottak támogatására. A vizsgálódás során megállapítást nyert, hogy az 1700 fős fogvatartotti népségből 160 volt HIV-fertőzött, a többségük drogfogyasztó. A projekt keretében kutatták többek között a fogvatartottak drogfogyasztási szokásait, melyből kiderült, hogy a megkérdezettek 40%-a szerint a legkedveltebb drog a heroin. Arra a kérdésre, hogy „milyen gyakran fogyasztanak kábítószer” a válaszadók csupán 2%-a jelezte, hogy nem él drogokkal, 18%-uk napi, 10%-uk heti, 30%-uk havi rendszerességgű fogyasztásról számolt be, 40 % pedig időnkénti használatra utalt.²⁴⁵

Ukrajnában az első HIV-esetet a lakosság körében 1987-ben regisztrálták. Az ezt követő 7 évben a fertőzés lassú terjedése volt megfigyelhető, éves szinten 15-30 új esettel. A HIV-pozitív személyek többsége (kb. 65%-uk) ekkor még szexuális úton fertőződött meg. 1995. elején kezdődött el a fertőzés gyors terjedése az intravénás drogfogyasztók között és 1997. októberéig 25.662 esetet tartottak nyilván. Szakértők szerint azonban a valóságos számok ennél 5-7-szer magasabbak voltak. A gyors növekedés pedig kihatott a végrehajtási intézetekre is. Amíg 1985-ben évente még csak 1-3 HIV-eset fordult elő, addig ez 1996-ban havonta 200-300-zal emelkedett. Az 1987-től az 1997. október végéig terjedő 10 éves időszakot vizsgálva a 4773 HIV fertőzött fogvatartott 83%-a volt intravénás kábítószer-fogyasztó és mindösszesen 1%-uk homoszexuális. Az ukrán végrehajtási rendszer HIV-stratégiája 1997. elejéig elsősorban elfojtó, megtorló jellegű intézkedésekben és izolációban valósult meg. Kötelező HIV-teszteket végeztek és a fertőző betegeket elkülönítették. Miután a fertőzöttségi adatok nem igazolták a stratégia eredményességét, a politikai döntéshozók arra kényszerültek, hogy felülvizsgálják a kötelező tesztek és az izoláció gyakorlatát. Az új politika jellemző jegyei között említhető a tesztet megelőző, valamint azt követő tanácsadás bevezetése, a fertőzéssel összefüggő széleskörű információnyújtás, óvszerek, valamint az injektló eszközök fertőtlenítésére szolgáló eszközök biztosítása, használatuk kapcsán a szükséges tájékoztatás megadása, a fogvatartottak donorként való felhasználásának tiltó

²⁴⁴ Sarapuu, M.: Drug prevention and problems in the estonian prison system. Connections 2004/15. 21. p.

²⁴⁵ Alijev, L.: It's time to help! Connections 2004/15. 14-15. pp.

rendelkezései, illetőleg valamennyi egészségügyi információ bizalmasan kezelése.²⁴⁶ A legfrissebb adatok szerint 2005. januárjában Ukrajnában a HIV pozitív fogvatartottak aránya 15-30% között mozgott.²⁴⁷

Ugyancsak magas rátákat jelentettek 2000-ben Nyugat-Európában Portugáliából (20%) és Spanyolországból (16,6%),^{248,249} míg például Angliában a sikeres megelőzésnek köszönhetően a fertőzési ráta a fogvatartottak között kevesebb, mint 1 %-ra tehető.²⁵⁰ A büntetés-végrehajtás 2001-es adatai szerint Anglia és Wales 8 börtönére kiterjedő vizsgálat alapján a teljes férfi fogvatartotti állomány körében a HIV rátája 0,4% volt. Összehasonlításként a civil lakosság körében a fertőzés 0,007%-ot tett ki.²⁵¹ Itt jegyezném meg, hogy az imént említett Spanyolországban 1989-ben a HIV fertőzés rátája még megközelítette a 28%-ot és a 2000-es 16,6%-os adat ugyancsak a hatékony prevenció hatását tükrözi.²⁵²

Leszögezhető ugyanakkor, hogy a HIV/AIDS fertőzés Kelet-Európában terjed a leggyorsabban a világon.²⁵³ A fertőzés gyors térnyerésének hátterében a vonatkozó szakirodalom alapján Lengyelországban, Lettországból, Ukrajnában, Fehéroroszországban és Litvániában is az intravénás drogfogyasztók magas aránya áll, akik a diagnosztizált esetek több mint felét alkotják.²⁵⁴

²⁴⁶ *Gunchenko, O.*: The policy of the Ukrainian Penintentiary System on HIV/AIDS in prison establishments. HIPNEWS 1998/1. Letölthető: www.hipp-europe.org/news/may98/0050.htm

²⁴⁷ (Canadian HIV/AIDS Legal Network): HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: the facts. In: HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union., 2006., letölthető: <http://www.aidslaw.ca>

²⁴⁸ (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: The facts. In.: HIV/AIDS in prisons 2004/2005., letölthető: <http://www.aidslaw.ca>

²⁴⁹ Spanyolországban a fogvatartottak HIV-rátáját 15%-ra becsülték. *Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.*: i.m. 31. p.

²⁵⁰ (WHO) Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, 2005.

²⁵¹ *Stewart, E. C.*: The sexual health and behaviour of male prisoners: The need for research. The Howard Journal, 2007/1. 45. p.

²⁵² (Canadian HIV/AIDS Legal Network): HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: the facts. 1. Info Sheet In: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. 2006.

²⁵³ *Veen, J.*: Tuberculosis, HIV and harm reduction in prisons in countries of the Former Soviet Union. Connections. 2005/5. 7-8. pp.

²⁵⁴ *Caplinskas, S.-Likatavicius, G.*: Recent sharp rise in registered HIV infections in Lithuania. Letölthető: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2002/020627.asp>

VII.3. A HIV/AIDS rizikófaktorai

VII.3.1. A fogvatartottak közötti erőszak, szexuális tevékenység

A fertőzés terjedésénél kockázati tényezőként említhetjük többek között a fogvatartottak közötti erőszakot, amely ha nyitott sebet és vérzést eredményez, könnyen a fertőzés átadásához vezethet. A fogvatartottak szükségszerű összezártsága kedvez a szexuális kapcsolatok kialakulásának, de alapvetően mégis az egyéni döntések függvénye. A védekezés nélküli szexuális érintkezések pedig ugyancsak a HIV fertőzés veszélyforrásai,²⁵⁵ illetve nagyban hozzájárulhatnak a hepatitis B, valamint a szifilisz kialakulásához.

Ha a HIV transzmissziója szempontjából összevetnénk a szexuális aktivitást az általános népesség, illetve a börtönnépesség körében, a különbség szembetűnő. A börtönlakók esetén ugyanis kiemelendő három tényező, mely a fertőzés átvitelének fokozott kockázatát jelenti: az anális szex, illetve a nemi erőszak mellett a szexuális úton terjedő fertőzések kezelésének elmaradása hatványára emeli a HIV transzmissziójának veszélyét. A szexuális úton terjedő fertőzések megelőzésének legjobb módja a szexuális érintkezések felszámolása lenne, de ez sok esetben nem reális célkitűzés, tekintve, hogy sok fogvatartott van szexuálisan aktív éveiben, illetve sokan szenvedő alanyai a szexuális erőszak különféle megnyilvánulásainak. Véleményem szerint ebben a helyzetben alapvető jelentőségű a fertőzések megelőzésének, az általános tünetek felismerésének oktatása, illetve a fogvatartottak arra ösztönzése, hogy bármely tünet jelentkezése esetén, mihamarabb lehetséges, kérjenek egészségügyi segítséget.²⁵⁶

Közismert tény, hogy a végrehajtási intézetekben a szexuális aktivitás jelen van, de gyakorisága és fajtái az egyes börtönök, illetve a börtönrendszerek között is eltérést mutatnak.

A szexuális aktivitás fajtáit tekintve különbséget tehetünk az azonos nemű fogvatartottak közötti, *beleegyezésen alapuló* forma, a *fogvatartottak és a végrehajtási személyzet közötti nemi kapcsolat*, a családi látogatások, azaz *intim együttlétek* és végül a *szexuális erőszak* egyéb változatai között.

Az elsőként említett nemi érintkezés esetén jellemző, hogy a legtöbb férfi az összezártságból adódóan elfogadja a *másik férfival folytatott nemi viszonyt*, és nem tekinti magát homoszexuálisnak, illetve nem hajlandó elismerni az ilyen jellegű gyakorlatot, ami a

²⁵⁵Bővebben: Jürgens, R.: Is the world finally waking up to HIV/AIDS in prisons? A report from the XV. International AIDS Conference. Infectious diseases in corrections report. 2004/7. 1-9. pp.

²⁵⁶Dumitru, L.: i.m. 50. p.

börtönbeli szexuális tevékenységről hamiskás képet tükröz. A szexualitás ezen formája úgy tűnik kevésbé sérti a fogvatartottakat és az intézmény biztonságát, mint a nemi erőszak, illetve a szexuális erőszak egyéb formái, de a végrehajtási közegben a beleegyezésen, valamint a kényszeren alapuló nemi aktusok megkülönböztetése nehézkes lehet. A nemi erőszak és a beleegyezésen alapuló szexualitás között a meghatározó elhatárolási szempont ugyanis a kényszer, erőszak hiánya, illetőleg a szabad akaraton nyugvó beleegyezés megléte. Tekintve azonban, hogy a végrehajtási intézetekben a fogvatartottak kevés autonómiát élveznek, és a szabad választási lehetőségeik is korlátozottak, annak igazolása, hogy a fogvatartott beleegyezése önkéntes alapon, szabadon történt-e igen bonyolult, így az elhatároló ismerv a börtönön kívüli világgal szemben bizonytalanná válik. A fogvatartottak esetenként árucikkért, pénzért, bocsátják áruba testüket, ami általában saját döntésükön alapul és kényszermentes, amennyiben azonban ezt védelemért cserébe teszik, az erőszak hiánya megkérdőjelezhető.

A szexuális aktivitás második formája – összehasonlítva az előzővel - kevésbé gyakori, és a végrehajtási személyzet kis hányadát érinti csak, de mégis előfordul egyes börtönökben. Az elmúlt tíz évben különösen a női fogvatartottak sérelmére történő elkövetések voltak jellemzőek, de általánosságban fogalmazva nők és férfiak egyaránt áldozattá válhatnak, szinte bárki által, aki kapcsolatba kerül velük, azaz női és férfi fogvatartottak és fogvatartók által egyaránt.²⁵⁷

Az *intim családi látogatásokkal* szemben a végrehajtási hatóságok legfőbb ellenvetése, hogy azok potenciális veszélyt jelentenek a biztonságra. Tekintve, hogy a fogvatartott és a látogatója közötti együttlét igényli az intimitást, fennáll annak a lehetősége, hogy a látogatók kábítószer, vagy egyéb tiltott dolgot csempésszenek be a börtönbe. A biztonsági szempontok mellett a konzervatív szemléletű végrehajtások morális oldalról is támadják e kezdeményezést, kétségbe vonva e fogvatartotti jog létjogosultságát.

Az utolsóként hivatkozott *erőszakos szexuális cselekmények* világszerte jelen vannak a börtönökben, annak ellenére, hogy az e tárgykörben készült tanulmányok túlnyomó része az Egyesült Államok és Kanada, Ausztrália börtönviszonyaiba enged betekintést. Az USA-ra vonatkozó adatok elsősorban a férfi fogvatartottakra irányulnak és a szexuális agresszió mértékét 11-40% között határozzák meg. Ennél alacsonyabb ráták azokban a munkákban jelennek meg, melyek a fogvatartottakkal készített interjúkon alapulnak, míg magasabbat azokban, ahol a vizsgálat anonim jellegű volt. Általánosságban az is elmondható, hogy a nemi

²⁵⁷ Bővebben: *Struckman-Johnson, C. – Struckman-Johnson, D.: A comparison of sexual coercion experiences reported by men and women in prison. Journal of Interpersonal Violence 2006/12. 1591-1615. pp.*

erőszak áldozatainak csak elhanyagolható hányada jelenti a történeteket a hatóságoknak, így az esetek döntő többsége ismeretlen marad.

Ahogy említettem az USA-ban végzett kutatások is a férfi fogvatartottakra koncentráltak és ritka a szexuális erőszak női rabok körében végzett vizsgálata, illetve a tárgykörben végzett munkák a beleegyezésen alapuló nemi cselekményeket részesítették előnyben. Azokból a tanulmányokból azonban, melyek mindkét nemre kiterjedtek, az a következtetés szűrhető le, hogy az erőszakos szexualitás jóval kisebb mértékű a nők körében, mint a férfiaknál. A kutatások emellett arra is felhívták a figyelmet, hogy bizonyos fogvatartottak esetén nagyobb a kockázata az erőszakos nemi cselekményeknek. Ebbe a kategóriába sorolták többek között a fiatal és tapasztalatlan fogvatartottakat, az első büntényeseket, a mentális betegeket, a fizikálisan gyenge rabokat, valamint az ismert homoszexuálisokat.

A HIV transzmissziója szempontjából e tekintetben a legnagyobb veszélyt a védekezés nélküli szexuális érintkezések erőszakos formái jelentik. Összességében azonban fontos kiemelni, hogy azon országok kivételével, ahol az injektáló drogfogyasztás ritka, a szexuális tevékenység kevésbé tűnik szignifikáns kockázati faktornak, mint az injektáláshoz szükséges eszközök többek általi közös használata.²⁵⁸

A fogvatartottak szexuális aktivitásáról viszonylag kevés információ áll rendelkezésre Európában. A börtönkörnyezetből ugyanis igen nehéz megbízható adatokhoz hozzájutni, ami több okra vezethető vissza. A szexuális erőszak tárgykörében például egymástól eltérő definíciók (szexuális agresszió, erőszakos közösülés, szemérem elleni erőszak, nemi erőszak) használatosak. Az adatgyűjtési módszerek sem egységesek, így például esetenként kérdőíves felmérést, máskor interjúkat, vagy egészségügyi kutatásokat végeznek, illetőleg az adatgyűjtés a fegyelmi jelentéseken is alapulhat. Mindemellett a vizsgálódás alapjául szolgáló időperiódus is eltérő lehet. Egyes esetekben csak a jelenlegi szabadságelvonás az irányadó, míg máskor valamennyi korábbi elítélést figyelembe veszik, de arra is van példa, hogy egy meghatározott időkeretre terjed ki az adatgyűjtés. Ezen eltérések ellenére nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a fogvatartottak csak ritkán jelentik a sérelmükre történt elkövetést, azaz a hivatalos becslések a tényleges helyzetet ritkán tükrözik. Ez pedig nem csak az erőszakos elkövetés esetén jellemző, hanem irányadónak tekinthető a beleegyezésen alapuló szexuális aktivitás méreteinek meghatározása esetén is. Számos fogvatartott például

²⁵⁸ (WHO, UNODC, UNAIDS): Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Provision of condom and other measures to decrease sexual transmission, Geneva, 2007. 11-15. pp.

azért nem mutat érdeklődést sem a HIV, sem pedig a szexuális úton terjedő betegségek megelőzése iránt, mert fél a megbélyegzéstől, attól, hogy homoszexuálisként fogják elkönyvelni. Emellett, tekintve, hogy a legtöbb börtönrendszerben a szexualitás tilalmazott, az érintettek értelemszerűen tagadják ebbéli tevékenységüket.²⁵⁹

Nyugat-Európából a legtöbb tanulmány²⁶⁰ az angol helyzetet taglalja, mégis, ahogy azt Elaine C. Stewart megjegyzi, az angol fogvatartottak szexuális magatartása és egészsége nem élvez prioritást, olyannyira, hogy a Börtön-egészségügyi Kézikönyvben a szexuális egészség nem is szerepel külön kategóriaként. Ugyancsak a prioritás hiánya vonható le következtetésként abból a tényből, hogy a szakirodalom „hallgat” a prevenció kérdéséről. Tanulmányában a szerző arról számol be, hogy a szexuális egészségügyi szűrések és kezelési szolgálatok nem találhatók meg minden esetben, és ahol jelen vannak, ott is korlátozott terjedelemben. A fogvatartottak szexuális egészségi állapotát például a végrehajtási intézetbe történő befogadáskor csak akkor vizsgálják, ha a fogvatartott maga jelzi a problémát. Tekintettel arra, hogy nincsenek rendszeresen végzett szűrővizsgálatok, a szexuális úton terjedő betegségek valós méretéről nincs is tudomásuk.

A fogvatartottak szexuális egészsége, és különösen a szexuális úton terjedő betegségek szempontjából rizikófaktorok tekinthetők a drog-, valamint az alkoholfogyasztás. Ezekben az esetekben ugyanis a szexuális magatartás jellemzően védekezés nélkül történik. Különösen a férfi fogvatartottak vannak kitéve a HIV és a hepatitis veszélyének, tekintve, hogy a szerhasználati problémák esetükben az átlaghoz képest jelentősebbek. Megközelítőleg 75%-ra tehető például azok aránya, akik a letartóztatást megelőző 24 órán belül kábítószer fogyasztottak, 2/3-ad esetén pedig az illegális szerhasználat (elsősorban heroin és kokain) a szabadságelvonást megelőző évben is jellemző volt. Itt jegyezném meg, hogy az átlagos rátákhoz képest az angliai fogvatartottak körében nagyobb arányban figyelhetők meg a mentális betegségek, illetve sok szerfüggő egyúttal mentális beteg is.²⁶¹

Angliában és Walesben 1009 felnőtt férfi fogvatartott bevonásával végeztek vizsgálatot, melynek tárgya elsődlegesen az azonos neműek közötti szexualitás volt. 37 személy jelezte, hogy felnőttkorában volt már azonos neművel szexuális kapcsolata, 22-en pedig azt állították, hogy a végrehajtási intézetben volt nemi viszonyuk férfival. A 22 fogvatartottból mindösszesen 2 személy esetén került sor először azonos neművel nemi

²⁵⁹ *Donnell, I. O.*: Prison rape in context. *British Journal of Criminology* 2004/2. 245-246. pp.

²⁶⁰ Lásd például: *Donnell, I. O.*: Prison rape in context. *British Journal of Criminology* 2004/2., *Green, J. – Strang, J. – Hetherington, J. – Whiteley, C. – Heuston, J. – Maden, T.*: Same-sex sexual activity of male prisoners in England and Wales. *International Journal of STD & AIDS*, 2003/4., *Banbury, S.*: Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *Howard Journal* 2004/43.

²⁶¹ *Stewart, E.C.*: i.m. 45-47. pp.

viszonyra a börtönben, azaz a többi 20 személy ilyen jellegű szexuális kapcsolatot már a bebörtönzést megelőzően is folytatott. A 22 fogvatartottnak hozzávetőleg 1/3-a nyilatkozott úgy, hogy kényszer hatása alatt cselekedett.²⁶²

Az erőszakos szexualitás volt a tárgya annak a vizsgálatnak, melyet 408 felnőtt egykori angliai börtönlakó körében végeztek. A kutatás megállapította, hogy 1%-uk volt szexualitásra kényszerítve. Az elkövetők elsősorban fogvatartottak és nem börtönőrök voltak. Az esetek körülbelül 50%-ában több mint 1 elkövető vett részt, és ebből is a fele alkalommal a többes elkövetés volt a jellemző. Óvszerek és egyéb, a szexuális úton terjedő fertőző betegségekkel szembeni prevenciós eszközök használata nagyon ritka volt. A vizsgálat arra is rámutatott, hogy az áldozatok gyakorta vonakodtak jelenteni a történeteket. Ennek okai között megtaláljuk az újabb incidenstől való félelmet, a szégyenérzetet, azt a körülményt, hogy a személyzet vonakodott elismerni a szexuális kapcsolatot, de ide sorolható a bizalmi jellegű pszichológiai, egészségügyi beavatkozások hiánya is. Az esetet követően szinte valamennyi érintettnél pszichológiai problémák léptek fel: jellemző volt körükben a depresszió, a bűntudat, a rémálmodok, emellett öngyilkossági kísérletek és önkárosítások is előfordultak. Az erőszakos szexuális magatartások többsége a cellákban következett be, jellemzően az esti órákban, vagy az éjszaka folyamán, különösen a látogatásokat, valamint a bebörtönzés korai fázisát követően, amikor az agresszív viselkedés, a drogproblémák és a bebörtönzéssel kapcsolatos pszichológiai és egyéb hatások hangsúlyosan jelentkeztek.²⁶³

Anglián kívül Európában a fogvatartottak szexuális aktivitásáról leginkább Oroszországból állnak adatok, tanulmányok rendelkezésre.

1994-ben például 1100 18 és 80 év közötti férfi fogvatartott körében végeztek felmérést, akik másféltől 10 évig terjedő büntetésüket töltötték. A megkérdezettek mindösszesen 10-15%-a állította, hogy a bebörtönzés tartama alatt nem volt szexuális kapcsolata. Sokan folytattak anális és orális tevékenységet 30-50 partnerrel, míg a 10-15 főre szorítkozó nemi viszony kevésbé volt jellemző. A fogvatartottak 5-7%-ának pedig régóta fennálló homoszexuális kapcsolata volt.²⁶⁴

Egy szibériai börtönkolónián végzett kérdőíves vizsgálat alapján ugyanakkor 2000-ben a válaszadók 10%-a, majd egy évvel később 12%-a folytatott nemi viszonyt a szabadságvesztése alatt. Ezek egy részére pénzért, árucikkért, illetőleg védelemért cserébe

²⁶² Green, J. – Strang, J. – Hetherington, J. – Whiteley, C. – Heuston, J. – Maden, T.: Same-sex sexual activity of male prisoners in England and Wales. *International Journal of STD & AIDS*, 2003/4. 253-257. pp.

²⁶³ Banbury, S.: Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *Howard Journal* 2004/43. 113-130. pp.

²⁶⁴ (Canadian HIV/AIDS Legal Network): High-risk behaviours behind bars. 2. Info Sheet In: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. 2006.

került sor. Óvszer használata 2000-ben 1 alkalommal, 2001-ben pedig 4 alkalommal történt. Az óvszerhasználat növekedésével párhuzamosan azonban a megkérdezettek több mint fele mindkét évben azt állította, hogy a prevenciós eszköz egyáltalán nem állt rendelkezésére.²⁶⁵

VII.3.2. A tetováló tevékenység

A tetoválás, illetve más olyan rituális gyakorlat, amely a bőrnek tűvel vagy más éles eszközzel (a gyakorlati példák alapján késsel, gitár húrral, varrótűvel, papírcsiptetővel) való megsértésével jár, tilalmazott magatartás, de integrált része a börtönök szubkultúrájának. A tetoválás és a testékszerek alkalmazása ugyanis nemcsak a társadalomban örvend nagy népszerűségnek, hanem a végrehajtási közegben is, és ez különösen igaz az intravénás drogfogyasztók köreiből. Egy franciaországi tanulmány például arról számolt be, hogy a fogvatartottak 8,9%-a a bebörtönzését követő 3 hónapon belül már tetováltatta magát és e jelenség jóval jellemzőbb volt azok között, akik injektló kábítószeres múlttal rendelkeztek.²⁶⁶

Angliában és Walesben egy nemzeti kutatás²⁶⁷ 13 végrehajtási intézetre kiterjedően végezte 1009 felnőtt férfi fogvatartott vizsgálatát. A vizsgálat végén megállapítást nyert, hogy a fogvatartottak 53%-a (536 fő) életében legalább egyszer tetováltatta magát, közülük 21% (111 fő) a börtönben tartózkodása alatt. 1/3-uknak korábban nem volt tetoválása, azaz esetükben a szabadságelvonás alatt került sor első ízben a beavatkozásra.

2000-ben, illetve 2001-ben a szibériai börtönkolónián 153 és 124 fogvatartott körében végeztek kérdőíves felmérést.²⁶⁸ 2000-ben a 31 tetovált személyből 7-en (23%) jelezték, hogy a tű új volt, 5-en (16%), hogy a tű használt volt ugyan, de megtisztították, míg 12-en (39%) nem voltak biztosak abban, hogy új eszközzel történt-e a beavatkozás. Egy évvel később már csak 10 fogvatartott kapott tetoválást, de 50%-uk, azaz 5 fő állította, hogy új eszközt használtak, míg a másik 5 fő esetén a tű megtisztított használt tű volt. A két év adatainak összevetéséből megállapítható, hogy lényegesen csökkent a tetoválások száma, illetve ezzel párhuzamosan nőtt az új eszközzel végzett beavatkozások száma. Ebből arra lehet

²⁶⁵ Dolan, K.A. – Bijl, M.-White, B.: HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males. International Journal for Equity in Health 2004/3, 1-6. pp.

Letölthető: <http://www.equityhealthj.com/content/3/1/7>

²⁶⁶ Rotily, M. – Delorme, C.- Obadia, Y. – Escaffre, N. – Galinier-Pujol, A.: Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred. British Medical Journal 1998/ 316. 777. p.

²⁶⁷ Strang, J. – Heuston, J. – Whiteley, C. – Bacchus, L. – Maden, T. – Gossop, M. – Green, J.: Is prison tattooing a risk behaviour for HIV and other viruses? Results from a national survey of prisoners in England and Wales. Criminal Behaviour and Mental Health 2004/ 1. 60-65. pp.

²⁶⁸ Dolan, K.A. – Bijl, M.-White, B.: i.m.

következtetni, hogy ha a fogvatartottak számára a biztonságos tetováló eszközök rendelkezésre állnak, akkor törekedni fognak azok használatára.²⁶⁹

Jól tükrözik a végrehajtási viszonyokat, és sajátos képet mutatnak a tetováló eszközök tisztítása során alkalmazott módszerek. A tisztításra forró vizet 2000-ben 7, 2001-ben 3 válaszadó használt. Lángon történt a fertőtlenítés 2000-ben 5, míg 2001-ben 2 esetben. Csapvizet 4, illetve 2, egészségügyi alkoholt 1, valamint 0, fertőtlenítőszert pedig 0 és 3 alkalommal alkalmaztak. A válaszok alapján a tetováló eszköz ruhával történő megtörlése 3, illetőleg 0 esetben fordult elő.

A nem steril, illetve többnyire saját kezűleg készített eszközök, valamint a már egyszer felhasznált anyagok (tű, tinta, gumikesztyű, törölrüha stb.) alkalmazása potenciális veszélyt jelent a fogvatartottak számára elsősorban a hepatitis C és B, valamint a HIV fertőzéssel szemben. Emellett a beinjektáláshoz használt festékanyag, amely például lehet szén, korom, salak, szempillafesték, allergiás reakciókat idézhet elő. Nagyon ritkán, azokban az esetekben, amikor a higiénia feltételek igen rosszak és a betegségek széles körben elterjedtek, a tbc és a szifilisz is átadható, ha a tetováló eljárás során vizeletet, illetve nyálát használtak. A HIV és a hepatitis transzmissziója a fentieken túlmenően azokban az országokban, ahol az alulfinanszírozottság komoly mértéket ölt, az egészségügyi eljárások alatti nem steril eszközhasználattal is előfordulhat.

Testékszerek alkalmazása esetén a börtönökben ugyancsak megnő a fertőzések és az allergiás reakciók kockázata, tekintettel arra, hogy az olyan semleges hatású fémek, mint a sebészeti acél, illetve arany a fogvatartottak számára ritkán elérhetőek és beszerezhetőek.

Az újonnan tetovált személyek a szankcionálástól való félelmükben nem jelentik a tetoválással összefüggésben jelentkező fertőzéseket, illetve egyéb, például bőrsérüléseket. Ezen túlmenően a tetováláshoz használt és a fogvatartottak által elrejtett eszközök potenciális veszélyt jelentenek a zárkák kutatását, ellenőrzését végző személyzet számára is, akik e tevékenység végzése során könnyen megsérülhetnek. Végsősorban pedig a börtönkörnyezetben folyó tetováló magatartások a fertőző betegségek transzmissziója szempontjából a többi kockázati tevékenységhez hasonlóan a társadalom számára is veszélyforrásként szerepelnek.

A tetováló magatartás megtiltása – hasonlóan a drogfogyasztáshoz – még a szankcionálás ellenére is kevés sikerrel kecsegtet. Így megemlíthető Kanada, ahol a tetoválást végző, illetve abban részesülő személy egyaránt büntetésben részesül, ami lehet például

²⁶⁹ *Dolan, K.A. – Bijl, M.-White, B.: i.m. 4. p.*

pénzbírság, vagy az érintettek elkülönítése. Mindamellett ezen szankciók negatívan befolyásolják a fogvatartottak intézetben belüli elhelyezését, áthelyezési, szabadon bocsátási kérelmüket, illetve végső soron a szabadulásuk dátumát is. A rendelkezésre álló adatok alapján az Európai Unióhoz utóbb csatlakozó államokban a tetoválás tiltott magatartás, kivételként említhető azonban Szlovénia, ahol e tevékenység általában engedélyezett.²⁷⁰

Kézenfekvő megoldásnak tűnhetne így a tetoválás engedélyezése és a steril eszközök biztosítása, ugyanakkor ennek megvalósítása nehézségekbe ütközhet. Számolni kell egyrészt a börtönigazgatás ellenállásával, amely a tetováló eszközökre, mint potenciális fegyverekre tekint. De nem lehet figyelmen kívül hagyni a közvélemény reakcióját sem, amely a közegészségügyi és gazdasági érvek ellenére is, olyan luxusként kezeli a tetoválást, amely a végrehajtási közegben nem engedhető meg.²⁷¹

Leginkább ezek az ellenérvek eredményezték annak a világon első kísérleti projektnek a leállítását is, melyet 2005. szeptemberében indított el Kanadában a liberális kormányzat 6 különböző biztonsági szintű börtönben. A program célja a fertőző betegségek (elsősorban a hepatitis és a HIV) transzmissziójának csökkentése, visszaszorítása volt. Maga a gondolat, amely az eddigieknél biztonságosabb tetováló tevékenység bevezetését célozta, ugyanakkor nem volt újkeletű, tekintve, hogy az egyik büntetés-végrehajtási szakértőbizottság ennek szükségességét már 1994-ben megfogalmazta. Közel egy évtized kellett ahhoz, hogy beindulhasson az az egy éves kísérleti projekt, melyben az ország hat különböző részén lévő végrehajtási intézetben állítottak fel tetováló „műhelyeket.” A programba kizárólag jó magaviseletű rabokat válogattak be, akiket a tetoválás művészete mellett leginkább arra képeztek ki, hogy hogyan védhetők ki és előzhető meg a vér útján terjedő fertőző betegségek. A börtön-tetováló program szigorú irányelveket követett. Ezek között szerepelt, hogy a fogvatartottaknak nem engedélyeztek olyan tetoválásokat, amelyek bandákat szimbolizáltak, vagy gyűlöletkeltésre adtak okot, illetve nevek és számok alkalmazása is tilalmazott volt. Ezen túlmenően nem kerülhetett tetoválás a fogvatartottak kézfejére, a nyak feletti testrészekre, valamint a nemi szervekre. Ezen intézkedések mögött a nagyobb biztonság és jobb minőség biztosítása mellett az a gondolat húzódott meg, hogy a fogvatartottak számára könnyebb lehet a visszailleszkedés, ha fogvatartotti múltjuk kevésbé felismerhető, beazonosítható. A tetováló eszközök vonatkozásában ugyancsak szigorú ellenőrzéseket végeztek, így minden egyes vizit alkalmával a tetoválást megelőzően, valamint azt követően a végrehajtási személyzet feladata volt az eszközök átszámolása.

²⁷⁰ Weilandt, C.-Eckert, J.-Huismann, A.: i.m. 23.p.

²⁷¹ Hellard, M.E. – Aitken, C.K.: i.m.111.p.

A program 700.000 dolláros költségvetését a szövetségi kormányzat biztosította, melyből a 6 projekt éves költsége minden egyes programnál 100.000 dollárt meghaladó volt. A fogvatartottak számára egy két órás beavatkozás 5 dollárba került. Összehasonlításképpen, amennyiben ezt a tevékenységet nem a legális keretek között végezték, úgy annak költségei körülbelül 20 doboz cigaretta árának feleltek meg. Más megközelítésben egy HIV fertőzött személy kezelésének éves költségei 20.000 dollárt, egy hepatitis C fertőzötté pedig 25.000 dollárt tesznek ki. Amennyiben tehát a börtön-tetováló programmal egy intézményben akár csak 5 fertőzést sikerült elkerülni, úgy a kísérleti projekt már kifizette önmagát.

A tetováló program bevezetésekor a hivatalos állásfoglalás a több végrehajtási intézetre történő kiterjesztést a projekt sikeres értékelésétől tette függővé. A nyilvánvaló pozitívumok ellenére a választásokon győztes konzervatívok még azelőtt leállították és bezárták a programokat, mielőtt azok végső értékelése megtörtént volna. Állásfoglalásukban legfőbb érvük az volt, hogy a kormányzat nem költheti el az adófizetők pénzét a fogvatartottak tetováló programjára. Egyes vélemények szerint a kormányzati döntés mellett a projekttel erőteljesen szembehelyezkedtek a büntetés-végrehajtási alkalmazottak is, akik potenciális fegyvert láttak az eszközök biztosításában.²⁷² A közbiztonságért felelős miniszter Stockwell Day így visszavonta a kezdeményezést. A médiához intézett levelében arra utalt, hogy a hat kísérleti program bezárását a büntetés-végrehajtási szolgálat képviselője szorgalmazta a végrehajtási állomány projekttel való szembenállása miatt. Ennek ellentmondani látszik az a körülmény, hogy a kísérleti program értékelése során a börtön-személyzet 64,8%-a vélte úgy, hogy annak bevezetése a végrehajtási körülményeket, és magát a börtönt biztonságosabbá tette.²⁷³

A kanadai helyzet ismeretében úgy tűnik, hogy intézményi szinten biztonságos tetováló szobák felállítása és az eszközök sterilizálásának megteremtése sokat segíthetne a fertőző betegségek megelőzésében. A populáció szintjén a megelőzés eszköze lehetne a tetováló berendezések fogvatartottak számára történő elérhetővé tétele, melyekkel ők maguk állíthatnának fel saját maguk számára tetováló helyiségeket.

Ilyen prevenciók lépések hiányában a tetováló tevékenységgel, testékszerek alkalmazásával összefüggésben jelentkező vér útján terjedő fertőző betegségek transzmissziójának megelőzése az egyén szintjén többek között szükségessé teszi, hogy a

²⁷² Bővebben: Krauss, C.: A Prison Makes the Illicit and Dangerous Legal and Safe. New York Times November 24., 2005., Mar, L.: Closing prison tattoo parlours can only cause infectious diseases to spread beyond jails. Totonto Star December 1. 2006., Prison program provides low-cost tattoos. CBC News November 10. 2005., letölthető: www.prisonjustice.ca/starkravenarticles/safetattooing_1105.html

²⁷³ Kondro, W.: Report supports cost-effective prison tattoo program. Canadian Medical Association Journal. February 13, 2007. 433. p.

tetoválást végző személynek minden beavatkozás előtt és után kezét kell mosnia, gumikesztyűt kell viselnie. Alapvető továbbá steril, illetve sterilizált eszközök alkalmazása, bár az előbbi követése lenne az ideális állapot. Emellett a tetoválás végén megmaradt festékanyagot minden esetben ki kell dobni. Végezetül fontos, hogy a tetoválással érintett felületet tisztán kell tartani és hidratálni, mindaddig, amíg az be nem gyógyul.²⁷⁴

VII.3.3. Az injektló drogfogyasztás

A HIV és hepatitis fertőzés tekintetében a leginkább veszélyeztetettek az intravénás kábítószer-élvezők, akik az esetek nagy százalékában megosztva használják az injekciós berendezéseket.²⁷⁵ A transzmisszió oka az eszközt közösen használók között a vér cseréje. Erre úgy kerülhet sor, ha a fecskendőben vér marad, amit a következő használó beinjektál magának.

Ahogy arra már utaltam a fogvatartottak a szabadságelvonás tényéből fakadóan a végrehajtási intézetekben kevesebb alkalommal végzik az injektlást, de jóval többször használják a már korábban is használt injektló eszközt. Ez pedig azt idézi elő, hogy bár kevesebb alkalommal kerül sor a drogfogyasztás ezen formájára, mint a börtön falain kívül, de itt e tevékenység folytatása kevésbé biztonságos, hiszen steril eszközök igen korlátozottan állnak rendelkezésre és jellemző a tűk, fecskendők többek általi közös használata.²⁷⁶

A kábítószer használatát befolyásoló további tényező a drogtesztek elvégzése. Számos országban ugyanis a szűréseket rutinszerűen vagy véletlenszerűen végzik, leggyakrabban vizeletvizsgálattal. Ez utóbbi képes kimutatni a kábítószer jelenlétét a vizeletben, azzal, hogy egyes drogok relatíve rövid idő alatt kiürülnek a szervezetből, míg mások hosszabb időn keresztül kimutathatóak maradnak. Így a kannabisz-származékok (marihuána, hasis) elszívása a vizeletben még 1 hónap után is észlelhető, azaz nagy a lebukás kockázata, szemben például a heroin vagy a kokain befecskendezésével. Ez előbbi hozzávetőlegesen másfél nap (32 óra) eltelte után már nem mutatható ki. Éppen ezért logikus, hogy egyes fogvatartottak a közegészségügyi szempontból sokkal veszélyesebb injektlást választják, mintsem, hogy vállalnák a kannabisz-származékok elszívásával esetlegesen járó büntetést. Ha ugyanis az illegális kábítószer-fogyasztás beigazolódik, a fogvatartottat eljárás alá vonhatják, büntetőjogi

²⁷⁴ *Laticevski. D.*: i.m. 46-47. pp.

²⁷⁵ *Prisoners' health & human rights in the HIV/AIDS epidemic. DRAFT background paper for human rights at the margins: HIV/AIDS, prisoners, drug users and the law. A satellite of the XV. International AIDS Conference, 2004. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004. 6-8. pp.*

²⁷⁶ *Hellard, M.E. – Aitken, C.K.*: i.m. 108. p.

szankcióban vagy intézeti büntetésben részesülhet, ami jelentheti privilégiumok megvonását vagy a szabadságelvonás tartamának növekedését is.²⁷⁷ E gyakorlattal szemben megemlíteném Svájc gyakorlatát, ahol gyakori, hogy vagy nem büntetik a pozitív teszt alanyát, vagy lemondanak a teszt elvégzéséről. Ennek hátterében az a meggyőződés áll, hogy a marihuána vagy hasis elszívását követő büntetés visszatartó erejű lenne ugyan, de szignifikánsan megnövelné az injekciós droghasználatot, illetve az ezzel járó egészségügyi kockázatokat.²⁷⁸

A drogfogyasztás és a HIV egymást felerősítő kötelékére jó példa lehet Lettország, ahol az ország ismert HIV eseteinek 1/5-e a végrehajtási intézetek fogvatartottai közül került ki és az újonnan regisztrált HIV pozitív személyek fele is fogvatartott. Becslések szerint a HIV fertőzött fogvatartottak 87%-a intravénás drogfogyasztó, esetükben tehát a fertőzést kiváltó ok az injektló szerhasználat.²⁷⁹

Az injektló drogfogyasztás és az ártalomcsökkentés fogvatartottak általi megítélése volt a tárgya annak a kutatásnak, melyet 2000-ben írországi börtönökben végeztek. A vizsgálat az ország keleti régiójára irányult, tekintve, hogy az injektló drogfogyasztás ezen a területen koncentráldott. 31 fogvatartottal készítették interjút, akikből 16-an injektló kábítószerélvezők voltak, míg 15-en nem. Utóbbiakat arról kérdezték, hogy tapasztaltak-e injektló magatartást a börtönben, és amennyiben igen, akkor megkérték őket, hogy írják le az észlelteket. Az injektló drogosok esetén a kérdések a börtönben, illetve azon kívüli szerhasználatra és annak veszélyeire irányultak. Fontos adalék, hogy a megkérdezett fogvatartottak ¾-ének elítélése kábítószerrel vagy alkohollal volt összefüggésben, illetve mind a 31 személy fogyasztott már illegális drogot élete során.

A válaszokból a kutatást végzők az alábbi megállapításokat szűrték le. Szinte valamennyi nem injektló személy észlelt injektló tevékenységet a börtönben és tudták, hogy kik a jelenleg is intravénásan drogozók. A heroinhoz való hozzáférés nehézségei a fogvatartottakat arra ösztönözték, hogy áttérjenek az injektló drogfogyasztásra. Mivel az injektláshoz szükséges eszközök jellemzően hiánycikknek számítottak, ezért a fogvatartottak a közös, együttes használatra kényszerültek. A megkérdezettek 1/3-a úgy nyilatkozott, hogy a börtönön kívül soha nem használtak mással közösen injektló eszközt. Azoknak a többsége pedig, akik előtt ez a szokás nem volt ismeretlen, általában csak 1-2 személlyel osztozkodott. Ezzel szemben a végrehajtási intézetben az egyazon eszközt közösen használók száma

²⁷⁷ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. 9-10. pp.

²⁷⁸ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. 23. p.

²⁷⁹ Editorial: Harm reduction in prisons is crucial to the reduction of HIV in Eastern Europe and the former Soviet Union. International Journal of Drug Policy 2002/13. 1-3. pp.

számottevően megnövekedett. A tisztítási szokások a válaszok alapján inadekvátak voltak. 6 fogvatartott például csak hideg vízzel öblítette le az eszközt, és 5-en használtak hígított fertőtlenítőt. 2 fogvatartott a tű, illetve fecskendő megtisztítását követően néhány órán keresztül a levegőn szárította azokat, abban a hiszemben, hogy ezzel a vér útján terjedő vírusok megfékezhetők.²⁸⁰

Egy a szibériai börtön-kolónián 2000-2002-ben végzett kérdőíves felmérésből az is kiderült, hogy a válaszadók több mint fele az injektló eszközt megtisztította mielőtt átadta volna egy másik fogvatartottnak. A tisztítási módszerek azonban önmagukért beszéltek: 4-5 válaszadó jelezte, hogy forró vízzel mosta meg az általa használt berendezést, 2-3 hideg csapvízzel, a készülék kiforralását pedig 1-2 fogvatartott jelölte meg, gyógyászati alkohol vagy fertőtlenítőszer alkalmazására a válaszok alapján nem került sor.²⁸¹

Habár 2001-ben Oroszországban egy szövetségi határozattal eltörölték a HIV pozitív fogvatartottak elkülönítését, számos esetben azonban továbbra is fenntartották a gyakorlatot, ami azon túl, hogy az érintett fogvatartottak számára stigmaként hatott, egy hamis biztonsági érzetet is keltett a vírus terjedésével összefüggésben. A fertőzéssel kapcsolatos tévhitekről árulkodik az a telefonos vizsgálat is, amelyet 2001-ben Szentpéterváron végeztek a felnőtt lakosság körében. A válaszadók 1/3-a úgy vélte, hogy az óvszer nem jelent védelmet a betegséggel szemben, 48%-uk gondolta, hogy a fertőzés átvihető csókolózással, 30%-uk szerint a cigaretta közös használatával, 56%-uk pedig a szúnyogcsípést találta alkalmasnak a HIV terjesztésére. Egy másik vizsgálatból az derült ki, hogy a megkérdezett oroszok 40%-a nem tartotta alkalmasnak a tanári pálya folytatására azt a tanárt, aki HIV-fertőzött lett. A fenti példák is azt támasztják alá, hogy a HIV fertőzés megelőzésének sarokköve az oktatás, a felvilágosítás.²⁸² Egyébiránt Oroszországban a HIV járvány egyik legproblematisabb aspektusa a HIV/AIDS beteg személyekkel szemben megnyilvánuló diszkrimináció, ami meghatározó, ha az illető egyúttal drogfogyasztó is. Azon túlmenően, hogy másodrangú polgárokként tekintenek rájuk, nem számíthatnak segítségre, és gyakorta nem biztosítják számukra az alap szociális szolgáltatásokat, az egészségügyi ellátást sem. Az emberek tájékozatlanságát és az előítéleteket példázza az az eset is, melynek szereplője autóbalesetet szenvedett, eltört a lába és a csont átszúrta a bört. Amikor a mentő megérkezett a szerencsétlenül járt férfi a mentőorvosnak közölte HIV pozitív státuszát. Ezt követően, mivel

²⁸⁰ Long, J. – Allwright, S. – Begley, C.: Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy* 2004/15. 139-149. pp.

²⁸¹ Dolan, K.A. – Bijl, M. – White, B.: i.m. 3-4. pp.

²⁸² (Human Rights Watch) *Lessons not learned: human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*. 2004/5. (D) 11-12. pp.

a mentősök féltek megérinteni a betegeket, körülbelül 40 percig tanakodtak, hogy hogyan szállítsák kórházba, míg végül gumikesztyűt húztak és így tették a hordágyra. A kórházban a beteg az ennivalóját egy kis ablakon keresztül kapta meg.²⁸³

A rendelkezésre álló adatok alapján 2002-ben Lettorszáiban a fertőzés előfordulása a kábítószer injektálók között 87%-os, Oroszországban 95%-os, Ukrajnában pedig 83%-os volt.²⁸⁴ A járvány drámai gyorsasággal terjedt el többek között Skóciában, Ausztráliában, Litvániában és Oroszországban is.²⁸⁵

Skóciában egy felnőtt férfiakat fogvatartó végrehajtási intézetből a glenochil-i börtönből származik adat az első dokumentált HIV járvány kitöréséről. A vizsgálódás időpontjában 1993. január 1. és június 30. között az intézményben 636 személyt tartottak fogva, de közülük 66 személy szabadult, míg 192 főt másik végrehajtási intézetbe szállítottak át. Ennek megfelelően a fennmaradó 378 fogvatartottat vonták be a vizsgálatba. 60%-uk elfogadta a vér útján terjedő fertőzésekkel összefüggő tanácsadást és közülük 162 fő (71%) választotta a HIV-teszt elvégzését. A 162 főből 12-nél diagnosztizálták a fertőzés jelenlétét és a mintavétel időpontjában ugyanennyi főnél jelentkezett az ún. ablak-periódus. Az eredményekből megállapítható volt, hogy a tanácsadásba bevontak 1/3-a injektált drogokat élete során, 43%-uk e tevékenységet a végrehajtási intézetben is folytatta. A HIV-tesztek eredményeinek dátumát összevetve a szabadságvesztés megkezdésével a kutatást végzők arra a következtetésre jutottak, hogy a Glenochil-i intézetben hat esetben egyértelműen kimutatható volt a fertőzés transzmissziója, míg további két esetben ezt csupán feltételezték, de nem zárták ki a másik intézményből történő átszállítást megelőző fertőzés lehetőségét. A HIV transzmissziója szempontjából a vizsgálat a legkorábbi indikátorként az akut hepatitis B eseteket jelölte meg. Egyértelműen leszögezte, hogy valamennyi fertőzött fogvatartott az injektáló eszközöket közösen, egymás között megosztva használta, aminek hátterében a steril injekciók és fecskendők hiánya, illetőleg korlátozott elérhetősége állt. A fertőzés további megelőzésének érdekében egyúttal sürgős intézkedések megtételének szükségességét hangsúlyozták az injektáló kábítószerélvezők körében.²⁸⁶

A járvány kitörését követően mélyinterjúkat készítettek egyrésről a 12 HIV pozitív fogvatartottal, másrésről pedig kábítószerélvező rabokkal a fertőzések kitörésének okait

²⁸³ *Samoilov, D.*: Double discrimination: drug users living with HIV/AIDS. HIV/AIDS policy & Law review 2004/3. 83-85. pp.

²⁸⁴ *Dolan, K. et al.* Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. London, 2004. 20-21. pp.

²⁸⁵ Bővebben: *Jürgens, R.*: HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. Ancillary Meeting on HIV/AIDS and drug abuse. Vienna, 2003. 4. p.

²⁸⁶ *Taylor et al.*: Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. British Medical Journal 1995. February 282-292. pp.

kutatva. Ennek során kitértek az érintettek injektáló szokásainak, valamint a tűk megosztott használatával összefüggő gyakorlat vizsgálatára, mind a szabadságvesztés büntetés megkezdését megelőzően, mint pedig a börtönben. A válaszok elemzéséből megállapítható volt, hogy 7 fogvatartott a kábítószer injektáló tevékenységet a Glenochil-i végrehajtási intézetben kezdte meg. A többiek esetében a szabadságelvonás tényével összefüggő lényeges változás az injektáló magatartás gyakoriságának visszaesése volt. Amíg ugyanis a börtön falain kívül jellemzően napi rendszerességgel végezték e tevékenységet, addig a fogvatartás során hetente, illetőleg havonta nyílt lehetőségük a drogfogyasztás ilyen formában történő gyakorlására. Az injektáló drogfogyasztás gyakoriságának ilyen mértékű csökkenése mellett a másik szembetűnő, és a fertőzés terjedésére kihatással bíró körülmény az injektáló eszközök közös használatának gyakorlata. Az ezzel összefüggő válaszadásokból az volt leszűrhető, hogy a szabadságvesztés megkezdését megelőző 6 hónapon belül a 22 fogvatartottból mindösszesen 2-en használtak használt tűt. Ezzel szemben a végrehajtási intézetben legalább 20-an kényszerültek az eszközök megosztott használatára, és legalább egy alkalommal valamennyien mások által már használt eszközzel végezték az injektáló drogfogyasztást.

A mélyinterjúk kitértek az injektáló eszközökre vonatkozó tisztítási szokások felkutatására is. A vizsgálatból megállapítást nyert, hogy szinte valamennyi érintett igényelte az eszközök használat előtti tisztítását. Az általuk alkalmazott tisztítási módszerek ugyanakkor a fertőzés megelőzése szempontjából nem bizonyultak hatékonynak, tekintve, hogy többségük egyszerűen hideg vagy meleg vízzel leöblítette az injektáló eszközt. Egyetlen olyan HIV pozitív fogvatartott volt csak, aki a tűk használat előtti fertőtlenítését igényelte. Itt jegyezném meg, hogy a járvány kitörését követően a fertőtlenítőszereket tablettá formájában biztosították a fogvatartottaknak, de az érintettek azokat vagy nem használták, vagy nem megfelelően használták.

A glenochil-i járványt követően a Skót Börtönszolgálat számos intézkedést vezetett be a vér útján terjedő fertőzések megelőzésére. Így fertőtlenítő tablettákat biztosítottak az injektáló eszközök sterilizálásához, a detoxikáció mellett lehetőség nyílt a drogokkal összefüggő tanácsadásokra, illetőleg a kábítószerfogyasztáshoz kapcsolódó magatartások kezelési programjára is.²⁸⁷ Jelenleg valamennyi skóciai börtönben hozzáférhetőek a fertőtlenítő szerek, illetve néhány intézetben detoxikációs programok bevezetésére is sor

²⁸⁷ *Champion, J.K. – Taylor, A. – Hutchinson, S. – Cameron, S. – McMenamin, J. – Mitchell, A. – Goldberg, D.:* i.m. 518. p.

került. ²⁸⁸ 2000. végén pedig a börtönszolgálat támogatásával metadon fenntartó program kezdte meg működését.

Mindenképpen szólni kell a Litvániában lezajlott járványról, ezen állam HIV-rátája ugyanis Európában korábban a legalacsonyabb (0,01%) volt: az egész országban mindösszesen 300 HIV-esetet tartottak nyilván. Tekintettel arra, hogy Litvániában 1988. óta minden szabadságvesztésre ítéltet alávetettek a HIV tesztnek, ezért a járvány kitörése váratlanul érte a szakembereket. Az első fertőzőeset 2001. májusában diagnosztizálták. 2002. május 17. és június 20. között a litván Alytusi börtönben 207 fogvatartott szűrése lett pozitív. A vizsgálatokat 2002. júliusában megismételték, ekkor további 77 esetet regisztráltak. A 77 személyből 44-nél a májusi vizsgálat még negatív eredménnyel zárult. Összességében a májustól augusztusig terjedő időszakban 299 új HIV fertőzőeset találtak. Ezzel szemben a fennmaradó 14 litván börtönben összességében 18 fogvatartott vizsgálata lett pozitív. A szakértők az alytusi járvány okaként ugyancsak az injektló eszközök megosztott használatát jelölték meg. ²⁸⁹

A járványt követően a HIV fertőzéssel összefüggő megbeszélések nem a megelőzésre és a kezelésre, hanem sokkal inkább a kötelező tesztekre irányultak. 2002. júniusában a hatóságok a korábbi szűrési politikát felülvizsgálták és helyette egy újat fogadtak el. Ennek lényege, hogy valamennyi fogvatartottnak át kell esnie a szűrésen elsőként a befogadáskor, az őrizetbe vételt foganatosító börtönbe vagy kolóniára történő megérkezést követő 3 hónap múlva, 3 hónappal a szabadítás előtt, az intim családi látogatásokat követő 3 hónap után, évente egyszer, illetőleg egészségügyi indikációk alapján. Valamennyi tesztet a Nemzeti AIDS Központba küldenek elemzésre. Pozitív eredmény esetén a fogvatartott elkülönítésére kerül sor, vagy olyan kolóniára helyezik át, ahol HIV fertőzött fogvatartottakat tartanak. Az érintettek izolálásán túlmenően azonban a litván hatóságok HIV prevenciós intézkedéseket nem alkalmaznak. ²⁹⁰

A magam részéről úgy vélem a litván példa többek között arra kell, hogy felhívja a figyelmünket, miszerint kedvező HIV mutatók mellett is lépéseket kell tenni a megelőzés érdekében, mert azok elodázása esetén a járvány bárhol, és bármikor kialakulhat. Ennek

²⁸⁸ Taylor, A. – Goldberg, D.: Outbreak of HIV in a Scottish Prison: Why Did It Happen? Canadian HIV/AIDS Policy&Law Newsletter 1996/3.

Elérhető: www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/April1996/14avrilE.html

²⁸⁹ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe, Helsinki, 2004. 51. p. és (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV transmission in prison. In.: HIV/AIDS in prisons 2004/2005.

²⁹⁰ Arnadottir, T. – Ellingsen, I.L. – Tsereteli, Z.: i.m. 24. p.

megfékezése pedig költségvonzatát tekintve is bonyolultabb, mint a releváns prevenciós intézkedések alkalmazása.

Hasonló járványt dokumentáltak még Oroszországban, ahol 2001-ben a Tatarstani (Közép Oroszország) büntető kolónián 260 fogvatartott fertőződött meg.²⁹¹

Összegezve elmondható, hogy az intravénás drogfogyasztás felszámolása érdekében kézenfekvő megoldás lehet a drogról való leszokás, ami azonban – különösen a jelentős kábítószeres múlttal rendelkezők esetén – gyakorta kivitelezhetetlen. Ezekben az esetekben további alternatíva lehet más drogfogyasztási mód alkalmazása, azaz az injektló magatartás kiváltása, felcserélése. Amennyiben ez nem lehetséges, javasolni kell, hogy az injektló minden szúráshoz használjon steril eszközöket és felszerelését másokkal ne ossza meg, kizárólag egyedül használja. Végezetül, ha a közös használatot nem lehet kiküszöbölni, akkor az eszközök fertőtlenítése jelenthet egyfajta védelmet a különféle fertőzésekkel szemben.

VII. 4. A fogvatartotti jogok érvényesülése a HIV/AIDS tükrében, avagy a releváns nemzetközi normák

A nemzetközi normák alapján a fogvatartottak továbbra is élvezhetik valamennyi emberi jogukat, kivéve azokat, melyeket a szabadságelvonnás ténye szükségszerűen korlátoz. Az emberi jogok védelme kétfajta általános eszköztárral biztosítható: egyrészt a nemzetközi emberi jogi jogszabályokkal, másrészt pedig nemzetközi szabályok, standardok, irányelvek által. Amíg az előbbi kategóriába tartozó normák a kormányok számára kötelezőek, addig utóbbiak kötelező erővel nem rendelkeznek.

A nemzetközi emberi jogi jogszabályok általános természetű normáik ellenére több tekintetben relevánsak a fogvatartotti jogok érvényesülése vonatkozásában. Ilyen dokumentumok többek között a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya²⁹², a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya²⁹³, az Emberi Jogok és Alapvető Szabadságok Védelméről szóló Európai Konvenció²⁹⁴, az Európai Szociális Charta²⁹⁵. Ezen nemzetközi emberi jogi dokumentumok részes államai elfogadják, védik és biztosítják többek között a fogvatartottak egyenlőséghez, illetve diszkrimináció-

²⁹¹ (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV transmission in prison, 3. info sheet. In.: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. 2006.

²⁹² International Covenant on Civil and Political Rights. Adopted by General Assembly of 16 December 1966.

²⁹³ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted by General Assembly of 16 December 1966.

²⁹⁴ Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. Rome, 04. November 1950.

²⁹⁵ European Social Charta, Torino, 18. October 1961. Magyarországon kihirdette az 1999. évi C. törvény

mentességhez való jogát, az élethez való jogát, a személyes biztonsághoz való jogát, a magánélethez való jogát, a testi és lelki egészség elérhető legmagasabb szintjéhez való jogot, illetőleg biztosítják, hogy a fogvatartottak se legyenek alanyai kínzásnak, más kegyetlen, embertelen vagy lealacsonyító bánásmódnak vagy büntetésnek.

A fogvatartottakkal, illetve a börtön-specifikus standardokkal foglalkozó szabályok, irányelvek, alapelvek mind pozitív, mint pedig negatív kötelezettségeket rónak az államokra a fogvatartottakkal való bánásmóddal és a börtönfeltételekkel kapcsolatban. Ezek sorába tartoznak többek között az Egyesült Nemzetek Szervezetének a fogvatartottakkal való bánásmódról szóló Alapelve,²⁹⁶ az Egyesült Nemzetek Szervezetének a fogvatartás bármely formája vagy a szabadságvesztés büntetés hatálya alatt álló minden személy védelmét szolgáló Alapelvegyűjtemény,²⁹⁷ a Fogvatartottakkal való Bánásmód Minimális Szabályai,²⁹⁸ az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának (93) 6. számú ajánlása a tagállamoknak a fertőző betegségek, különösen az AIDS ellenőrzésének büntetés-végrehajtási és kriminológiai aspektusairól, valamint a börtön-egészségüggyel kapcsolatos problémákról,²⁹⁹ a Miniszteri Bizottság tagállamokhoz intézett R (98) 7. számú ajánlása az egészségügyi ellátás etikai és szervezeti aspektusairól a börtönben,³⁰⁰ valamint a megújult Európai Börtönszabályok³⁰¹.

E normák közül kifejezetten a HIV-vel, illetve az egyéb fertőző betegségekkel az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának hivatkozott ajánlásai foglalkoznak, valamint két további releváns dokumentum említhető a HIV/AIDS-vel összefüggésben: egyrésről az Egészségügyi Világszervezet 1993-as irányelve a HIV fertőzésről és az AIDS-ről a börtönökben,³⁰² másrésről pedig a HIV/AIDS-re és az emberi jogokra vonatkozó Nemzetközi Irányelvek.³⁰³

A Miniszteri Bizottság R. (93) 6. számú ajánlása A fertőző betegségek (az AIDS-et is beleértve) és az ezzel összefüggő egészségügyi problémák büntetés-végrehajtási és kriminológiai vonatkozásairól rögzíti többek között a HIV/AIDS-vel összefüggő, önkéntes alapokon nyugvó szűrések, illetve tanácsadások szükségességét, egyúttal a kötelező tesztek

²⁹⁶ Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Resolution 45/111 of 14 December 1990.

²⁹⁷ Body of Principles for the Protection of All Persons under Any form of Detention or Imprisonment. Resolution 43/173 of 9 December 1988.

²⁹⁸ Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and Treatment of Offenders, Geneva in 1955. Approved by resolutions 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977.

²⁹⁹ Recommendation No. R (93) 6. concerning Prison and Criminological Aspects of the Control of Transmissible Diseases Including AIDS and Health Problems in Prison.

³⁰⁰ Recommendation No. R (98)7 concerning the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison

³⁰¹ Recommendation No. R (2006)2 concerning European Prison Rules

³⁰² WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in Prisons, Geneva, 1993.

³⁰³ International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva, 1996.

betiltása mellett érvel. Hangsúlyozza továbbá, hogy a fogvatartottaknak a fertőzés minden stádiumában hasonló egészségügyi és pszichoszociális kezelést kell biztosítani, mint amely a társadalom többi tagja számára rendelkezésre áll. Kiemeli, hogy a szabad életben a szeropozitív személyek esetén nem indokolt a szegregáció, az izoláció alkalmazása, ahogy a munkavégzésből, sportolási és rekreációs lehetőségekből való kizárásuk sem. Ezt a szemléletet kell ezért a HIV fertőzött fogvatartottak vonatkozásában is érvényesíteni. A fertőzéssel érintett fogvatartottakat emellett nem indokolt kirekeszteni például a fél-szabadság állapotát biztosító elhelyezésből, illetve a nyitott, valamint az alacsony biztonsági fokozatú fogvatartási formákból sem.

Amennyiben pedig a fogvatartott szexuális erőszakot követne el, vagy megpróbálja bántani a többi rabtársát, avagy a végrehajtási személyzetet, úgy a HIV státuszától függetlenül lehet helye vele szemben fegyelmi büntetéseknek, magánelzárás alkalmazásának.

Az Európa Tanács börtönkörülmények között nyújtandó egészségügyi ellátás etikai és szervezeti aspektusaira vonatkozó R. (98)7. számú ajánlása alapján a HIV-tesztet csak a fogvatartottak beleegyezésével, anonim alapon és a hatályban lévő törvényekkel összhangban szabad elvégezni. A dokumentum a fertőző betegségben szenvedő betegek izolálását, így a HIV-pozitív személyeket is, csak akkor tartja indokoltnak, ha ezt az intézkedést hasonló orvosi megfontolásból a börtönkörnyezeten kívül is megtennék.

Az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága által 2006. januárjában elfogadott új Európai Börtönszabályok kimondja, hogy a fertőzés tartamára szükséges azon fogvatartottak elkülönítése, akik fertőző vagy ragályos betegségben szenvednek, és biztosítani kell számukra a megfelelő kezelést. Fontos annak kiemelése, hogy a HIV vírushordozó fogvatartottakat pusztán a fertőzésük okán ne különítsék el (42.3. a-g.).³⁰⁴ Ez a szabály tehát a kapcsolódó korábbi Európa Tanácsi ajánlások normáira épül,³⁰⁵ illetve a CPT standardok szellemiségét tükrözi, mely a szegregáció egészségügyi igazolását nem fogadja el.³⁰⁶ Így a CPT 3. összefoglaló jelentése alapján az egyébként egészséges HIV-vírushordozó fogvatartottak elkülönítése orvosilag nem indokolható és igazolható.³⁰⁷

Itt jegyezném meg, hogy a CPT magyarországi látogatásai során ajánlásaiban felhívta a hatóságokat a HIV-fertőzöttekkel kapcsolatos eljárásoknak a releváns nemzetközi követelményekkel való összehangolására.

³⁰⁵ Az ajánlás egészségügyet érintő kérdéseiről bővebben: Új Európai Börtönszabályok és magyarázatuk (összeállította: *Vókó György*), Ügyészek Országos Egyesülete, Budapest, 2007. 76-91. pp. és *Juhász Zsuzsanna*: A megújult Európai Börtönszabályok ismertetése. Acta Juridica et politica. Tomus LXVIII. Fasc. 12., Szeged, 2006.

³⁰⁶ (Council of Europe): The CPT standards. „substantive” sections of the CPT’s General Reports. CPT/Inf/E (2002)1-Rev. 2006. 34. p.

³⁰⁷ *Vókó György*: Európai büntetés-végrehajtási jog. Dialóg Campus, Budapest-Pécs, 2006. 320. p.

Az Egészségügyi Világszervezet 1993-as Irányelvéből e helyen csak annyit emelnék ki, hogy az általános alapelveken túlmenően többek között olyan kérdésekkel foglalkozik, mint a HIV-szűrés, a prevenciós intézkedések, a HIV fertőzött fogvatartottakkal való bánásmód. Külön tárgyalja a női, valamint a fiatalok fogvatartottak helyzetét, szól a fél-szabadság intézményéről, a szabadon bocsátásról, illetve az idő előtti szabadításról, a közösségi kontaktusokról, az értékelések és a kutatások jelentőségéről.

Az irányelv a HIV/AIDS elleni hatékony prevenció érdekében széleskörű intézkedések alkalmazását látja szükségesnek. A dokumentum alapján így csökkenteni kell az injektló drog fogyasztók számát a végrehajtási intézetekben, és lépéseket kell tenni a drog fogyasztás megelőzésére. Szükséges az érintettek tájékoztatása az injektló drog fogyasztással, illetve az injektláshoz szükséges eszközök közös, megosztott használatával járó kockázatokról. Elő kell segíteni, hogy a fogvatartottak drog fogyasztása higiénikus legyen, ennek érdekében például alkoholos törülközőket indokolt biztosítani számukra, illetve a megelőzés jegyében steril tűk, fecskendők hozzáférését kell megteremteni.

A HIV/AIDS-re és az emberi jogokra vonatkozó Nemzetközi Irányelvek, mint másodikként említett dokumentum, a végrehajtási intézetekkel összefüggésben kimondja, hogy a börtönhatóságoknak meg kellene tenniük minden szükséges lépést annak érdekében, hogy megvédjék a fogvatartottakat az erőszaktól, a nemi erőszaktól. Biztosítaniuk kellene továbbá a HIV-vel összefüggő prevenciós információkat, és eszközöket, oktatást, önkéntes szűréseket és tanácsadást, illetve kezelést, minden esetben a titkosság érvényesítése mellett. Az irányelv megtiltana a kötelező szűréseket és a szegregációt, a HIV pozitív fogvatartottak börtönlehetőségeiből, privilégiumokból való kizárását (29/e).

VII. 5. A HIV/AIDS börtönbeli megelőzésére és kezelésére vonatkozó általános elvek

Az ENSZ Kábítószerrel és Bűnözéssel Foglalkozó Irodája által kiadott és már hivatkozott dokumentum a HIV és az AIDS börtönbeli megelőzésére és kezelésére 11 általános elvet dolgozott ki, melyek az alábbiak:

1. Jó börtön-egészségügy, jó közegészségügy
2. Jó börtön-egészségügy, jó büntetés-végrehajtás
3. Az emberi jogok és a nemzetközi jog tiszteletben tartása
4. Ragaszkodás a nemzetközi standardokhoz és egészségügyi iránymutatásokhoz
5. Egyenlőség a börtön-egészségügyben

6. Az egészség holisztikus³⁰⁸ megközelítése
7. Tényeken alapuló beavatkozások
8. A sebezhetőség, a stigmák és a diszkrimináció célbavétele
9. Interszektorális együttműködés és cselekvés
10. Ellenőrzés és minőségi kontroll
11. A börtönnépesség csökkentése

1. Jó börtön-egészségügy, jó közegészségügy

Az elsőként megfogalmazott elv lényege, hogy a fogvatartottak többsége visszakerül a társadalomba, egyáltalán nem elhanyagolható szempont tehát, hogy szabadulásukkor milyen egészségi állapotban vannak. A közegészségügy és a börtön-egészségügy közötti együttműködés ezért alapvető jelentőségű. Be kell látni, hogy a fogvatartottak egészségi állapotának javítására, valamint a fertőző betegségek börtönbeli megfékezésére irányuló törekvések nem csak a börtönnépesség számára járnak előnyökkel. A HIV börtönbeli transzmissziójának redukálása érdekében tett erőfeszítések ugyanis szükségszerűen kihatással vannak a fertőzés terjedésére a szélesebb társadalomban. Ezeknek a prevenciós lépéseknek a megtételénél így a büntetés-végrehajtást nem szabadna magára hagyni, hanem a társadalom segítsége is elengedhetetlenül fontos lenne.

2. Jó börtön-egészségügy, jó büntetés-végrehajtás

A másodikként említett elv megfogalmazása szerint a fogvatartottak egészsége és a végrehajtási feltételek szükségszerűen befolyásolják a börtönök igazgatását. A fogvatartottak egészségének védelme és támogatása érdekében tett lépések a rabok által érezhető előnyökön túl a végrehajtási állomány munkafeltételeire (egészségesebb és biztonságosabb munkahely) is pozitívan hatnak. A fogvatartottak egészségét negatívan befolyásoló végrehajtási feltételek javítása, így a túlzsúfoltság csökkentése, megfelelő ételmezés, hasznos tevékenységek biztosítása segíthet a börtönbeli feszültség és erőszak visszaszorításában, ezáltal megkönnyítheti a börtönszemélyzet számára az intézmények hatékony és biztonságos igazgatását. A fogvatartottak egészségének és a börtönfeltételeknek a javítása így végső soron hozzájárulhat a munkahelyi stressz oldásához, és elejét veheti az állomány végrehajtásból tapasztalható kiáramlásának.

³⁰⁸ A kifejezés a görög holos szóból ered, teljességet jelent. A holisztikus gyógyítás az embert egészként kezeli és feltételezi a test, a szellem és az érzelem harmóniáját, egységét.

3. Az emberi jogok és a nemzetközi jog tiszteletben tartása

Ezen elvi tétel alapján a jó közegészségügyi politika és az emberi jogok gyakorlata tiszteletben tartja azoknak a jogait, akik HIV/AIDS betegek, vagy ki vannak téve a fertőzés kockázatának. Általánosan elfogadott, hogy a fogvatartottaknak mindazon jogai megmaradnak, melyeket a bebörtönzés nem von el. A szabadságtól való megfosztás már önmagában véve is büntetés, mely nem járhat az alapvető emberi jogok elvesztésével. A fogvatartottakat ezért, ahogyan az többek között a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányában deklarálásra került,³⁰⁹ minden más emberhez hasonlóan megilleti a jog, hogy a testi és a lelki egészség elérhető legmagasabb szintjét élvezzék. Másrészről a nemzetközi jogi normák tiltják, hogy az államok a bebörtönzött személyekkel szemben embertelen vagy megalázó bánásmódot alkalmazzanak. Ez a tilalom ugyanakkor arra is kötelezi az országokat, hogy a személyi szabadságuktól megfosztott személyek egészségének védelme érdekében megelőző intézkedéseket foganatosítsanak.

4. Ragaszkodás a nemzetközi standardokhoz és egészségügyi iránymutatásokhoz

Számos nemzetközi dokumentum tartalmaz szabályokat, elveket, iránymutatásokat és standardokat a büntetés-végrehajtási feltételekkel, a börtönök egészségügyi ellátásával, a HIV/AIDS prevencióval és kezeléssel összefüggésben. Ezek a normák az elv alapján iránymutatásként kell, hogy szolgáljanak a HIV/AIDS börtönbeli megelőzése során.

5. Egyenlőség a börtön-egészségügyben

Ez az általános elv az egyenlő egészségügyi ellátáshoz való jogot hangoztatja, azaz a fogvatartottak azon jogát, hogy a szabad társadalomhoz hasonlóan, diszkrimináció nélkül részesüljenek egészségügyi ellátásban, beleértve a különféle megelőző intézkedéseket is.

6. Az egészség holisztikus megközelítése

Ezen elv megfogalmazása alapján számos országban a HIV/AIDS csak egy azon egészségügyi kihívások közül, melyekkel a büntetés-végrehajtásnak szembe kell néznie. Így például gyakori jelenség a HIV és a hepatitis, valamint a HIV és a tbc egyúttfertőződés ebben a közegben, emellett számolni kell a szexuális úton terjedő betegségekkel is, melyek úgyszintén növelik a HIV transzmissziójának kockázatát. Ebből adódóan mind a HIV

³⁰⁹ A hivatkozott dokumentum 12. cikke

terjedésének megfékezése, mint pedig a már fertőzött személyek gondozása csak egy átfogó, holisztikus megközelítésben képzelhető el.

7. Tényeken alapuló beavatkozások

A HIV fertőzés kockázati faktorainak csökkentésére, az ártalmak és a HIV/AIDS költségeinek értékelésére irányuló politikának, programoknak és a törvényhozásnak tapasztalati tényeken, illetve akár nemzeti, akár nemzetközi bevált gyakorlati modelleken kellene alapulniuk. Amennyiben ilyenek nem léteznek, a nemzetközi emberi jogi normákkal összhangban lévő politika, programok és törvényhozás kialakítása az államok kötelezettsége.

8. A sebezhetőség, a stigmák és a diszkrimináció célbavétele

Ezen elvi tétel lényege, hogy a büntetés-végrehajtási intézetekben a HIV fertőzöttek gyakorta a börtönnépesség leginkább sebezhető, előítéleteknek kitett tagjai. A HIV/AIDS-től való félelem miatt esetükben megnő a társadalmi elszigeteltség, az erőszak, az emberi jogok sérelmének kockázata mind a fogvatartottak, mint pedig a végrehajtási személyzet részéről. Ez a félelem gyakorta a fertőzéssel és betegséggel kapcsolatos információhiányra, tájékozatlanságra vezethető vissza. A fertőzéssel szembeni félelem és a társadalmi megbélyegzés ilyenformán alááshatja, és negatívan befolyásolhatja a börtön-egészségügyi programok sikerét. A fogvatartottak ugyanis félve a hátrányos következményektől nem veszik igénybe az önkéntes szűrések lehetőségét, a HIV/AIDS prevenció és oktatási eszközöket, valamint a kapcsolódó egészségügyi szolgáltatásokat és kezeléseket. A HIV-vel összefüggő diszkrimináció elleni harc ezért egyrészt igényli a fertőzött fogvatartottak jogainak védelmét, másrészt pedig a prevenció és szűrési szolgálatok hatékonyságának növelését.

9. Interszektorális együttműködés és cselekvés

Amíg ténykérdés, hogy a HIV/AIDS-vel összefüggő stratégiák és intézkedések végrehajtása szempontjából centrális szerepe a büntetés-végrehajtási hatóságnak van, addig ennek a feladatnak a teljesítése nem kizárólag a börtönrendszer felelőssége. A börtön-egészségügy kérdésében helyi, nemzeti és nemzetközi szinten érdekelt együttműködése és együttes cselekvése elengedhetetlenül szükséges. A HIV/AIDS-vel összefüggő kezdeményezések és politikák kialakítása és végrehajtása ezért feltételezi a releváns nemzetközi szervezetek és testületek hozzájárulását és támogatását, a kormányzás minden szintjének jelenlétét (beleértve többek között azokat, akik a közegészségügyért, az egészségügyi szolgáltatásokért felelősek, a börtönöket és egyéb fogvatartási helyeket, a

bíróságokat) a civil szervezetek a végrehajtási személyzet és az őket képviselő szervezetek, kutatók, szakmai szervezetek közreműködését.

10. Ellenőrzés és minőségi kontroll

Az utolsó előttiként szereplő elv megfogalmazása szerint a HIV fertőzés terjedésének megelőzése és a HIV/AIDS beteg fogvatartottak kezelése csak akkor lehet eredményes, ha a törvényhozás és a politika színterén bekövetkező fejlődés egyúttal javulást, fejlődést eredményez a börtönök egészségügyi gyakorlatában, a fogvatartottak életfeltételeiben is. A törvényhozás és a politika reformja bár alapvető jelentőségű, de önmagában nem elegendő. Néhány ország gyakorlatában megfigyelhető ugyanis, hogy a jó nemzeti HIV/AIDS börtönpolitika ellenére a prevenció és kezelési szolgálatok minősége elmarad a kívánalmaktól. Annak érdekében tehát, hogy javuljanak a fogvatartottak életfeltételei, az egészségügyi szolgáltatások minősége és a végrehajtási állomány munkafeltételei, a kormányzat és a büntetés-végrehajtás részéről egyaránt beavatkozásra, és a börtönfeltételek, a börtön-egészségügyi szolgálatok felülvizsgálatára, minőségi kontrolljára van szükség. Ez az ellenőrző és értékelő rendszer nem csak azért hasznos, mert követhetővé, értékelhetővé válik az egészségügy minőségének javulása, hanem azért is, mert általa biztosítható a börtön-programok pénzügyi támogatása mind nemzeti, mint pedig nemzetközi támogatók által.

11. A börtönnépesség csökkentése

Köztudott, hogy a végrehajtási intézetekben uralkodó túlszűfolttság nemcsak, hogy korlátozza a HIV/AIDS prevenció érvényesítését, de számos további negatívummal is jár, így például elősegíti a börtönbeli erőszak térnyerését, növeli az egyéb fertőző betegségek kialakulásának és terjedésének kockázatát, megnehezíti a megfelelő egészségügyi ellátás biztosítását.

A HIV transzmissziója szempontjából külön kell szólni a drogfogyasztók esetenként igen jelentős mértékű bebörtönzéséről. Néhány országban például a börtönnépesség szignifikáns hányadát teszik ki azok az elítéltek, akik saját drogfogyasztásukkal összefüggő bűncselekményt követtek el. A jelentős számú kábítószerélvező bebörtönzésének egyik lehetséges következménye a drogfogyasztás börtönbeli növekedése, ami együttjár a nem biztonságos injektló gyakorlat térnyerésével, és ezáltal a HIV fertőzés terjedésével. A fentiekből következően fontos lenne a börtönnépesség csökkentése, a túlszűfolttság enyhítése, a bebörtönzés helyett egyéb alternatívák kimunkálása és alkalmazása.

A 11 elvi tétel mellett a hivatkozott dokumentum a hatékony HIV/AIDS elleni fellépést elősegítendő kilenc területre kiterjedően 100 cselekvési javaslatot dolgozott ki. Ezek közül kiemelném a törvényhozást, a börtönrendszert és börtönfeltételeket érintő normákat.

A *törvényhozás* tekintetében a cél elérése érdekében az egyik szükséges lépés a nem erőszakos kábítószerrel összefüggő bűncselekmények kriminalizációjának csökkentése, illetve a nem erőszakos drogfogyasztók bebörtönzésének szignifikáns redukálása. Ennek egyik állomása lehet a kábítószer fogyasztással összefüggő bűncselekmények elkövetői tekintetében a szabadságelvonnások alternatíváinak kidolgozása, illetve az ilyen cselekmények miatt szabadságvesztésre ítélések számának csökkentése.

A *börtönrendszerekre* a HIV/AIDS-sel összefüggésben igen komplex feladat hárul. A dokumentum alapján biztosítaniuk kellene, hogy se a fogvatartottak, se a végrehajtási személyzet ne legyenek alanyai kötelező HIV teszteknek. A kötelező, illetve a véletlenszerű drogtestek alkalmazása sem javasolt, tekintettel arra, hogy a tapasztalatok alapján ezen tesztektől, a eredménytől való félelem arra bátorítja a kábítószerélvező fogvatartottakat, hogy a jóval veszélyesebb injektló gyakorlatot válasszák. Alapvető szabály továbbá, hogy a HIV státusz miatt szegregációra, izolációra ne kerüljön sor, az érintettek elhelyezése, kategorizálása vagy kezelése során fertőzöttségük maradjon titokban. Az egészségügyi adatok, információk bizalmasan kezelését garantálni kell, azokat csak az egészségügyi személyzet számára lehet hozzáférhetővé tenni. A beteg bejegyzése nélkül ezen információk kiszolgáltatására csak olyan kivételes esetekben kerülhet sor, melyek megegyeznek a szabad szférában rögzített szituációkkal. A HIV/AIDS státusz miatt a fogvatartottakat nem szabad kizárni a különböző programokból, a munkavégzésből, a rekreációs, szociális tevékenységekből. A dokumentum leszögezi, hogy a drogfogyasztó fogvatartottak számára önkéntes alapon működő drogfüggőségi kezeléseket kellene biztosítani. A végrehajtás feladata továbbá annak biztosítása, hogy a szubsztitúciós, vagy egyéb kezelések visszautasítása, vagy ezen kezelések igénybe vétele ne eredményezzen fegyelmi, vagy büntető intézkedést, illetőleg ne a jó magaviselet miatt jutalomként alkalmazzák azokat. A fogvatartottak számára a HIV/AIDS teszt, az egészségügyi beavatkozások és kezelések tájékoztatáson alapuló beleegyezés esetén, kényszermentesen biztosítandók, a HIV/AIDS betegek kötelező egészségügyi kezelések alanyai nem lehetnek. Tekintve, hogy a beleegyezésen alapuló szexuális magatartások jelen vannak a végrehajtási környezetben és büntetőjogi normába nem ütköznek, az óvszerek hozzáférhetővé tétele ugyancsak a büntetés-végrehajtás feladata. Amennyiben pedig erőszakos szexuális tevékenységre vagy egyéb erőszakos magatartásra kerül sor a fogvatartottak között, az elkövetők büntetendők, vagy

szegregációjuk indokolt. Ezzel párhuzamosan célszerű támogatni a „normális” szexuális kapcsolatokat, beleértve a családi együttlétek megteremtésének lehetőségét.

A *börtönfeltételek javítását* szolgáló feladatok ugyancsak szerteágazóak. Így a dokumentum alapján többek között biztosítani kellene, hogy a börtönfeltételek és az egészségügyi szolgáltatások is megfeleljenek a nemzetközi minimum standardoknak és konkrét lépések szükségesek ezen normák megvalósítása érdekében. Ennek keretében fel kell számolni a túlszűfolttságot, a higiénia mellőző életfeltételeket, a rossz világítási és szellőzési körülményeket. Biztosítani kell a fogvatartottak számára az egészségi állapotuknak is megfelelő étellemezést, a tiszta ivóvíz elérhetőségét. Szükséges továbbá a börtönbeli erőszak redukálása, a fogvatartottak és a végrehajtási személyzet biztonságának megteremtése. Ehhez kapcsolódóan fontos a fogvatartottak számára hasznos elfoglaltságot nyújtó programok (oktatás, szakképzés, rekreáció, rehabilitáció stb.) biztosítása.³¹⁰

VII. 6. A HIV/AIDS elleni átfogó stratégia

Az 1980-as évek vége óta számos nemzeti és nemzetközi szervezet, így például az Egészségügyi Világszervezet, az Egyesült Nemzetek Közös HIV/AIDS Programja elemezte és járta körül a végrehajtási intézetek HIV/AIDS veszélyeztetettségét, vonta le következtetését és fogalmazta meg ajánlásait. Ez utóbbiak értelmében a HIV/AIDS elleni fellépés egy átfogó stratégia keretében valósulhat meg legeredményesebben. Ennek a stratégiának a központi elemei a később bemutatásra kerülő *prevenációs intézkedések* (óvszerek, fertőtlenítő szerek biztosítása, tű-, és fecskendő-csere programok, szubsztitúciós kezelések), és a HIV/AIDS-beteg fogvatartottak megfelelő védelmének, *kezelésének* biztosítása. Ugyancsak fontos összetevő egy *hosszú távú stratégiai szemlélet*, az *egészségügy* kérdése, a HIV-szűrések, a fogvatartottak és a végrehajtási személyzet *oktatási* programjai, a személyzet biztonságát szolgáló védő, *óvó intézkedések*, a *kábítószer-politika*, és a *börtönfeltételek javítása*.

A *prevenció* keretében a HIV programoknak tartalmazniuk kellene az alábbi komponenseket: szükséges a szexuális transzmisszió csökkentése, az óvszerek és síkosítók anonim módon történő elérhetőségének biztosítása, a szexuális úton terjedő fertőzések kontrollálása, továbbá olyan intézkedések foganatosítása, melyek célja a szexuális erőszak, illetve az erőszakos közöszlések, szemérem elleni erőszak visszaszorítása. Ugyancsak

³¹⁰(United Nations Office on Drugs and Crime) HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. Co-published with WHO/UNAIDS, New York, 2006. 8-20. pp.

indokolt a transzfúzióhoz használt vér HIV tesztelése, a nem életmentő vérátömlesztések számának csökkentése. A többek által közösen használt injekáló berendezések, eszközök által történő transzmisszió redukálása érdekében tűcsere-programok, szubsztitúciós terápia bevezetése.³¹¹

A HIV/AIDS-betegek megfelelő kezelése - ahogy arra már utalás történt - az ún. antiretrovirális kezelést (ART), valamint a hatékony/rendkívül hatékony antiretrovirális terápiát (HAART) takarja, mely az egyenlő egészségügyi ellátáshoz való jog részeként a fogvatartottakat is meg kell, hogy illesse. Ennek ellenére az életmentő beavatkozást az érintett fogvatartottak többsége mégsem kapja meg. Pozitív példaként Olaszország említhető, ahol 2002. májusában a HIV pozitív fogvatartottak 56,3%-a ART, míg 88,6%-a a HAART terápiában részesült.³¹²

Az imént hivatkozott *hosszú távú stratégia szemlélet* értelmében különösen szükséges az AIDS és az egyéb fertőző betegségek programjához egy megfelelően képzett végrehajtási személyzet kijelölése és az erőforrások meghatározása. A HIV és egyéb fertőző betegségek megfékezése érdekében valamennyi kezdeményezésbe be kell vonni a fogvatartottakat, a személyzetet és külső szakértőket, így nem kormányzati szerveket is. Ezen kezdeményezések egységes végrehajtása egyértelmű irányelveket, érvényesíthető standardokat, ellenőrzött végrehajtást igényel. Végezetül külső független szakértők bevonása indokolt valamennyi kezdeményezés kiértékeléséhez.

Az *egészségügy* kapcsán az egészségügyi minisztériumok aktív szerepvállalását és a büntetés-végrehajtással való szoros együttműködés kialakítását célozza a stratégia. Széles körben ajánlott továbbá a börtön-egészségügy feletti kontroll átszállítása a közegészségügyi hatóságokra. Ilyen jellegű változás eddig kevés országban zajlott le, Európában Norvégia, Franciaország, valamint Anglia említhető. Franciaország esetében 1994-ben került az egészségügyi minisztérium alá a börtön-egészségügy, és a váltás pozitív hatása, így többek között az egészségügyi hatóság autonómiája hamar érezhetővé vált.

A HIV-*szűrések* kapcsán az eredményes fellépés a kötelező tesztek helyett az önkéntesség elvét vallja. Ehhez azonban szükséges a fogvatartottak bátorítása, támogatása, megfelelő tájékoztatása, a szűrést megelőzően, valamint azt követően tanácsadás biztosítása és a teszt eredményének bizalmasan kezelése.

³¹¹ Dumitru, L.: i.m. 51. p.

³¹²Bővebben: Pontali, E.: Antiretroviral Treatment in Correctional Facilities. HIV Clinical Trials 2005/6/1. 25-37. pp.

Az átfogó stratégia keretében ugyancsak meghatározó szerepet kap az *oktatás*, amely felöleli a fogvatartottak és fogvatartók HIV/AIDS és egyéb fertőző betegségekkel összefüggő képzését. Annak érdekében pedig, hogy a végrehajtási intézet, mint munkahely biztonságos legyen, bizonyos óvó, védő intézkedések foganatosítása elengedhetetlen.

További fontos eleme a fellépésnek az olyan *drogpolitikai törekvés*, mely arra irányul, hogy minél kisebb számban kerüljenek szabadságelvontásra a drogfogyasztók. A megfelelő alternatívák kidolgozása és alkalmazása ugyanis nagyban segíthetné mind a HIV börtönbeli visszaszorulását, mint pedig a kábítószerfogyasztás csökkenését.

Végezetül a HIV/AIDS elleni harc nem nélkülözheti a *börtönfeltételek javítását* sem. Számos esetben a végrehajtási környezet már önmagában, a HIV fertőzés nélkül is elrettentő képet nyújt, de az esetleges fertőzés jelenléte és térnyerése számára a nem megfelelő börtönviszonyok táptalajként szolgálnak. Éppen ezért többek között a túlszűfolttság csökkentése, a megfelelő higiéniai feltételek biztosítása előfeltételei a fertőzések elleni hatékony és hathatós fellépésnek.

VII. 7. Néhány gondolat a női fogvatartottak védelméről

Ismeretesen a börtönnépességen belül a női fogvatartottak a férfiakkal viszonyítva elhanyagolható arányt (általában 3-7%-ot) képviselnek.³¹³ Azokban az országokban ugyanakkor, ahol a kábítószerfogyasztás domináns és a női fogvatartottak injektáló drogfogyasztói múlttal rendelkeznek, gyakori, hogy a HIV előfordulása a nők körében nagyobb, mint a férfiaknál. Moldovában például 2005. januárjában 5 végrehajtási intézetre kiterjedően végezték el a HIV szűrést, amelynek eredménye azt tükrözte, hogy amíg a férfi fogvatartottaknál a HIV rátája 1,40 és 4,71 között mozgott, addig ennek a többszöröse 9,63 % volt a női elítéltek esetén. Hasonló jelenség figyelhető meg Európán kívül több kanadai végrehajtási intézetben, illetve az USA-ban is. E jelenség hátterében többek között az áll, hogy a nők számára nyújtott egészségügyi szolgáltatások - a börtönnépességen belüli kisebb arányukból adódóan is – esetenként minimálisak, illetve másodlagosak. Mindez annak ellenére, hogy a nőknél gyakorta több egészségi probléma jelentkezik, mint a férfiaknál. A szegényes életkörülmények, a drogfogyasztás, a családon belüli erőszak, a nemi erőszak, a

³¹³ Angliára és Walesre vonatkozó adatok alapján a nők fogvatartotti népességen belüli aránya gyors növekedést mutat. Amíg ugyanis az átlagos női börtönnépesség 1996-ban 2000 alatt volt, addig a 2006-ra vonatkozó adatok 4392 főről tesznek említést, azaz egy évtized leforgása alatt e ráta több mint a kétszeresére nőtt. E témáról bővebben: Harris, F. – Hek, G. – Condon, L.: Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. Health and Social Care in Community 2006/15 (1). 59. p.

fiatalkori terhesség, az alultápláltság miatt sokan szenvednek krónikus betegségben. A társadalmi és kulturális helyzetükből adódóan nincsenek abban a helyzetben, hogy képesek legyenek kontrollálni szexuális életüket. Sokan bocsátják áruba testüket azért, hogy megélhetést biztosítsanak családjuknak. Jellemző továbbá, hogy nincs tudomásuk arról, miszerint szexuális partnerük, illetve kábítószer-élvező kapcsolatuk révén ki vannak téve a HIV fertőzésnek, így az ehhez kapcsolódó tanácsadást sem veszik igénybe. Emellett a HIV/AIDS megnyilvánulása a nők esetén gyakorta eltérő, ami azt eredményezheti, hogy a fertőzés, illetve a betegség diagnosztizálása később következik be, mint a férfiaknál.

Mindez azt szemlélteti, hogy a HIV elleni fellépés során a nők védelme nemcsak, hogy eltérő, de néha nagyobb kihívást is jelent a büntetés-végrehajtások számára. Erre a körülményre tehát a HIV prevenciós programok, az egészségügyi oktatás, felvilágosítás során is figyelemmel kell lenni. Egy Angliára és Walesre vonatkozó kutatás pedig arra hívta fel a figyelmet, hogy a rövid tartamú ítéletek és a női fogvatartottak nagyarányú, folyamatos kicserélődése miatt egyre kevesebb idő jut a nők egészségügyi szükségleteinek kielégítésére.³¹⁴

Az Egészségügyi Világszervezet már többször hivatkozott 1993-as irányelve A HIV fertőzésről és az AIDS-ről a börtönökben külön rendelkezéseket tartalmaz a női fogvatartottakra.³¹⁵ Ezek lényege, hogy speciális figyelmet kell szentelni a női fogvatartottak szükségleteire. Ennek megfelelően az őket fogvatartó személyzetet képzésben kellene részesíteni a HIV fertőzéssel járó pszichoszociális és egészségügyi problémák megoldására. (44.) A női fogvatartottakat, beleértve a HIV pozitívakat speciális szükségleteinek megfelelő információkkal (többek között a HIV transzmissziójáról) kell ellátni és szolgáltatásokat biztosítani számukra. Lehetővé kell továbbá tenni, hogy megvédjék magukat a HIV fertőzéstől, például óvszerek hozzáférhetővé tételével. A nemzeti törvényhozásokkal összhangban családtervezéssel összefüggő tanácsadásokat kell szervezni számukra. (45.)

Az irányelv alapján valamennyi börtönben biztosítani kellene a női fogvatartottak részére rendszeres időközönként nőgyógyászati konzultációkat, különös figyelmet szentelve a szexuális úton terjedő fertőző betegségek diagnosztizálására és kezelésére. A női igényekre orientálódva családtervezési tanácsadások megszervezése lehet indokolt. Szükséges továbbá a terhesség alatti ellátás megfelelő elhelyezéssel, a gyermekek ellátása és védelme, ide értve azokat is, akik HIV fertőzött anyától születtek. Végezetül az irányelv alapján óvszerek és

³¹⁴ Harris, F. – Hek, G. – Condon, L.: i.m. 59. p.

³¹⁵ World Health Organization (1993). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. WHO/GPA/DIR/93.3. Recommendations 44-46 concern incarcerated women.

egyéb fogamzásgátlók elérhetőségét kell megteremteni a fogvatartás tartama alatt, illetve a feltételes, valamint végleges szabadon bocsátást megelőzően. (46.)

A női drogfogyasztó fogvatartottak helyzetét vizsgálta és elemezte az a kutatás, melyet 2004-ben öt európai ország (Németország, Spanyolország, Skócia, Lengyelország és Ausztria) kutatási központjainak segítségével végeztek. A kutatást végzők abból indultak ki, hogy a rendszeres végrehajtási ellenőrzés hiánya miatt a börtönbeli drogprobléma bizonyítására nem sok adat áll rendelkezésre, illetve amennyiben végeznek ilyen jellegű felméréseket és értékeléseket, azok jellemzően a férfi fogvatartottakra fókuszálnak. Ebből adódóan tehát a női rabok jelenlegi és/vagy múltbeli drogfogyasztása a büntetés-végrehajtás fehér foltjai közé tartozik.

Általánosan elmondható, hogy sok nyugat-európai, illetve kelet-európai országban vagy egyáltalán nincs, vagy csak kevés adat áll rendelkezésre a női fogvatartottakon belül a drogfogyasztók arányát illetően. Tekintettel arra, hogy a kábítószerélvezők számának növekedése figyelhető meg a végrehajtási intézetekben, ezért ez a kevés adat és információ mindenképpen nagy értéket képvisel, és jelentőséggel bír.

A drogfogyasztók arányának feltérképezése Európában azért is okoz gondot, mert jelenleg nem létezik a drogfogyasztók vonatkozásában egységes definíció. Illetőleg ha van is pontos fogalom, akkor az túlságosan heterogénnek tekinthető. Így ez a kategória felölelheti a legális és az illegális drogok fogyasztóit, de ide sorolhatók a gyógyszerszedők is, függetlenül attól, hogy a készítmény felírt vagy sem. Egységes definíció hiányában a női fogvatartottak drogfogyasztására vonatkozó adatok összehasonlítása lehetetlen. Az Európai Unió legtöbb tagállama között konszenzus figyelhető meg a tekintetben, hogy a végrehajtási közegben a drogprobléma komoly kihívást jelent, így mind nagyobb jelentőséget tulajdonítanak egy olyan egységes osztályozási rendszer kiépítésének, mely a drogfogyasztás arányát mérné fel, becsülné meg.

A vizsgálat eredményeit értékelve a kutatók vizsgálták többek között a női drogosok női börtönnépességen belüli arányát, a nemzeti börtönadminisztrációk számára leginkább kihívást jelentő droggal összefüggő problémákat, a drogokkal és kezelési szolgáltatásokkal összefüggő rendelkezéseket, a szabadulást megelőző, valamint azt követő szolgáltatásokat, illetve általában a drogszolgálatok iránti jövőbeli igényt.

A 2002-es évre adatokat szolgáltató országok (17 ország, illetve régió) felében a női börtönnépességen belül a drogfogyasztók 10-30%-ot képviseltek. Az országok másik felében ez az arány ugyanakkor már 40-60% volt. Itt különösen Írország, Anglia/Wales, Katalónia,

Görögország és Észtország említhető. A legnagyobb arányt pedig Finnország jelentette, ahol az adatok alapján a női fogvatartottak 70%-át tekintették drogfogyasztónak. Az Angliára és Walesre vonatkozó adatok alapján emellett a fogvatartotti népességen belül a problematikus drogfogyasztó nők 55%-ot, míg a szabad társadalomban 8%-ot képviseltek. A drogfogyasztás magas szintje ezen túlmenően a női fogvatartottak körében nagyfokú alkoholfogyasztással is párosult.³¹⁶

A londoni Holloway börtönből származó adatok alapján az újonnan befogadott női fogvatartottak hozzávetőlegesen 60%-ánál jelentkeztek elvonási tünetek, jellemzően 6-9 drogfogyasztásából adódóan. Ezen felül az érintettek felének alkoholfogyasztása elérte a függőségi szintet. Becslések szerint a befogadott női elítéltek legalább 75%-a injektló drogfogyasztó is volt. A kutatók a legfőbb ismérvek alapján a „tipikus” női drogfogyasztó fogvatartottat az alábbiakban jellemezték: kora 17-30 év közötti. Drogfogyasztását tekintve heroint használ 1-2 grammot, emellett metadont, kokaint, kannabiszt, benzodiazepineket szed és dohányzik. Kábítószerfogyasztása 9 évre, illetve annál hosszabb időre nyúlik vissza. Injektló drogfogyasztó és egyúttal hepatitis C pozitív is. Pszichiátriai kezelés alatt állt, illetőleg önkárosításra hajlamos. Az életstílusából adódóan egészségügyi komplikációk jelentkeznek nála, úgymint mélyvénás trombózis, szexuális úton terjedő fertőzések.

Az Egyesült Királyságban végzett kutatás egyúttal arra is rámutatott, hogy sok szerfogyasztónál jelentkezik asztma, feltehetőleg összefüggésben a különféle drogok (heroin, kokain, kannabisz) elszívásából adódóan. Többségük egyébként is erős dohányos. A fogászati kezelések elhanyagolása pedig a drogfüggők esetén azt eredményezheti, hogy ismét visszatérnek a kábítószerekhez. Ennek magyarázata, hogy a fogvatartás alatt a csökkenő drogfogyasztási szint miatt a korábban nagy dózisú opiátokkal kiküszöbölt fájdalom ismét előtör, amelynek semlegesítésére gyakorta nyúlnak a kábítószerekhez.³¹⁷

A női elítéltek drogfogyasztói múltját tekintve Lettországból, Litvániából, Szlovéniából, Luxemburgból, illetve Németországból szinte minden női fogvatartott érintve volt a kérdésben. Ennél kisebb arányt jelentettek Skóciából (75%), illetve Anglia/Walesből (54%). Mindösszesen 6 olyan ország volt, ahol elhanyagolható (10-30%) arányt képviseltek a kábítószerélvező múlttal rendelkezők, ami arra a körülményre vezethető vissza, hogy a legtöbb drogos alkohol-és/vagy gyógyszerfüggő.

³¹⁶ Harris, F. – Hek, G. – Condon, L.: i.m. 59. p.

³¹⁷ Palmer, J.: Special health requirements for female prisoners. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007. 157-170. pp.

A 27 régióból csak 6 rendelkezett adatokkal azon női fogvatartottakról, aki a börtönben is folytatták a drogfogyasztást és a női fogvatartottakon belüli arányukat tekintve 1-20% között határozták meg. Ennél jelentősebb arányt a skót büntetés-végrehajtás mutatott fel 56%-kal.

A 2001-2002 közötti időszakot alapul véve sok ország nem tudta, hogy a női fogvatartottak drogfogyasztása milyen irányba változott. Ezzel szemben a kelet-európai országokban az adatok egyértelmű növekedést, míg Dániában, Görögországban, Olaszországban és Luxemburgban csökkenést tükröztek.

A droggal összefüggő problémákat vizsgálva a legtöbb európai ország számára a két legmeghatározóbb az egészségügyi (például fertőző betegségek, mentális rendellenességek), illetve rehabilitációs kérdések voltak. 6 európai tagállam vallotta, hogy a női börtönnépességen belül jelentős arányt képviselnek a már korábban is drogot fogyasztók, valamint a többfajta drogot használó fogvatartottak. Görögországot, Litvániát és Olaszországot leszámítva a szerhasználat, illetve az intravénás drogfogyasztás nem játszott meghatározó szerepet a droggal kapcsolatos problémákon belül. Az adatokból az derült ki, hogy a Cseh Köztársaságban, Máltán és hazánkban a női drogfogyasztók kicsiny aránya miatt droggal összefüggő végrehajtási problémák sem merültek fel.

Az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat tekintve majdnem minden európai ország/régió nyújtott fogvatartottai számára információkat az egészségügyi kockázatokról, illetve biztosított egészségügyi oktatást, valamint hepatitis elleni védőoltást. 14 országban a büntetés-végrehajtásban megtalálhatók voltak a drogmentes részlegek, az önsegítő csoportok és a fogvatartottak által rabtársaiknak nyújtott segítségadások. Ezzel párhuzamosan Belgium, Lettország, Litvánia, Észak-Írország, Lengyelország, Szlovákia az egészségügyi problémák ellenére mellőzte az ártalomcsökkentő kezdeményezéseket és nem ajánlott hepatitis védőoltást a fogvatartottaknak. A kezelési szolgáltatások elérhetőségével kapcsolatban szinte minden európai tagállamban fellelhetők voltak a pszichoszociális támogatások, az egyéni, illetve a drogtanácsadások. Kivételt képeztek Írország, Észtország, Lettország és Ciprus, ahol ezen szolgáltatások közül csak egy, vagy egy sem állt rendelkezésre. 19 ország/régió ajánlott a fogvatartottak számára absztinencia orientációjú rövid tartamú beavatkozásokat börtöneiben, míg ezzel párhuzamosan kevésbé részesítették előnyben az olyan ártalomcsökkentő kezdeményezéseket, mint például a metadon fenntartó kezelések.

Az ártalomcsökkentő szolgáltatások terén pozitív példaként Skócia, Spanyolország, Katalónia, Finnország és a Cseh Köztársaság végrehajtási gyakorlatát hozták fel a kutatók, tekintve, hogy ezen országok széles körben teszik lehetővé a különféle ártalomcsökkentő

eszközöket női fogvatartottaik számára. Ellenpéldaként említhető Írország, Észtország, Ciprus, ahol a droggal összefüggő problémákhoz képest elhanyagolhatóak a drog-, illetve kezelési szolgáltatások.

A fogvatartottak társadalomba történő visszavezetését megkönnyítendő 22 európai ország/régió tart fenn kapcsolatot közösségi alapú drog, illetve egészségügyi ügynökségekkel. 19 állam nyújt segítséget a szabadulás utáni lakás-, illetve munkakereséshez, és nagyjából ennyi biztosít számukra utógondozást. A visszaesés megelőzésére irányuló kezdeményezésekkel ugyanakkor a kutatók 13 ország vonatkozásában találkoztak.

A rendelkezésre álló adatokból az derült ki, hogy nagy lenne az igény a végrehajtások részéről a fogvatartottak által rabtársaik érdekében végzett támogató tevékenységre, illetve ugyancsak pozitív szerepet tulajdonítottak a drogmentes szárnyak/részlegek felállításának.

Az adatgyűjtés során a kutatók az EU tagállamoknak megküldött kérdőívek mellett 185 felnőtt drogfogyasztó fogvatartott körében végeztek interjúkat, összesen 10 börtönben. A részvétel feltételei között szerepelt a 18. életév betöltése, korábbi vagy jelenlegi rendszeres drogfogyasztás, illetve feltétel volt, hogy a szabadulásig 1-6 hónap legyen még hátra. A kérdőíves felmérésből kiderült, hogy a bebörtönzést megelőző hónapban az érintett nők 2/3-a fogyasztott kábítószeret, illetve 54% esetében a drogfogyasztás injektlás formájában történt. A válaszok alapján a börtönben a bebörtönzést követő első héten a nők 49,7%-a folytatta a droghasználatot, majd ez az arány a szabadságelvonás tartama alatt 37,8%-ra esett vissza. Összevetve a drogfogyasztást a börtönben, illetve annak falain kívül, a kutatók megállapították, hogy a végrehajtási intézetekben, szemben a külvilággal 1 vagy 2 drog fogyasztása volt általános és csökkent a drogfogyasztás gyakorisága is. A fogvatartottak válaszaiból emellett az derült ki, hogy a drogfogyasztás formái közül a kivételnek az intravénás használat számított.

VIII. A megelőzés lehetséges módszerei a HIV/AIDS fertőzéssel szemben

Európában a börtönrendszereknek a HIV/AIDS járvány különböző fázisaiban más-más problémákkal kellett szembenézniük. Elsőként gondot jelentett a végrehajtási személyzet és a fogvatartottak részéről egyaránt általánosan tapasztalható reakció, a fertőzéssel szembeni félelem. Ennek orvoslására az érintettek oktatásának, tájékoztatásának szükségessége merült fel. A drogfogyasztásra és a HIV fertőzésre történő reagálás ugyanakkor igen lassan ment végbe. A fogvatartottak és a végrehajtási személyzet oktatási programokba való bevonása

csak lépésről lépésre következett be. Amikor pedig a fertőzés kiteljesedett, a kezelési és igazgatási problémák váltak elsődlegessé. Így például Ukrajnában a börtön-egészségügyi rendszer számára komoly próbatételt jelentett a növekvő számú fertőzött számára kórházi ágyak biztosítása. Általánosságban elmondható, hogy a legtöbb büntetés-végrehajtás a fertőzött személyeket elkülönítette a börtönnépesség többi részétől és különféle diszkriminatív intézkedéseket fogantatosítottak velük szemben.

Németországot említhetném példaként, ahol a HIV/AIDS-re, valamint a hepatitis vírusra történő reagálás és válaszlépés a normalizáció felé vezető hosszú folyamatként írható le. Az 1980-as évek közepén, amikor a HIV/AIDS először megjelent a börtönkörnyezetben, a szeparáció, az izoláció és a kötelező HIV tesztek kerültek középpontba. Önkéntes szűréseket is biztosítottak ugyan, de az önkéntesség más-más értelmezést kapott és eltérően alakult az egyes tagállamokban. Kezdetben egyes börtönök a tesztek elvégzését visszautasító személyeket HIV fertőzöttként kezelték. Az eltérő szűrési gyakorlat miatt a fertőzési ráták is igen nagy eltéréseket mutattak: 10% és több mint 90% között ingadoztak.³¹⁸

Az elmúlt években mind több végrehajtás részéről figyelhető meg, hogy erőfeszítéseket tesznek a különféle fertőző betegségek (elsősorban a HIV/AIDS, valamint a hepatitis) és a drogfogyasztás börtönbeli visszaszorítására. Gyakorta azonban ezen lépések megtételére már azt követően került sor, miután szembesültek a fertőzés méreteivel, a megfertőződött fogvatartottak egyre növekvő létszámával.

A megelőzés általános eszközei között említhető a fogvatartottak és a végrehajtási személyzet *oktatása*, a különféle *szűrővizsgálatok*, a szűréseket megelőző, illetve követő *tanácsadások*, illetve ide sorolhatók *egyéb kezelési lehetőségek és a kábítószerekkel összefüggő oktatás* is. Ez utóbbiak lényege, hogy egyre több intézkedés irányul a drogfogyasztók irányába és folyamatosan nő azon intézmények száma, amelyek egy, illetve egyszerre több kábítószer-kezelési formát, oktatást, adott esetben drogmentes részlegeket hívnak életre. Ezen kezelési és oktatási formák közé sorolhatjuk többek között a detoxikációt, a drog-tanácsadásokat, az absztinencia alapú programokat, az önsegítő csoportokat, a visszaesés megelőzését, a fogvatartottak általi oktatást.³¹⁹

A fertőzés szexuális úton történő terjedése esetén az *óvszerek* jelenthetnek megfelelő védelmet. Amennyiben pedig a fertőzés injekciós droghasználattal összefüggő terjedését vizsgáljuk, úgy további ártalomcsökkentő kezdeményezéseket kell körüljárni. Ezek sorában a

³¹⁸ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.: i.m. 25.p.

³¹⁹ Jürgens, R.: HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. Presented at the Commission on Narcotic Drugs Ministerial Segment: Ancillary Meeting on HIV/AIDS and Drug Abuse. Vienna, 2003. 8-9. pp.

már említett oktatáson, szűrővizsgálatokon kívül megtaláljuk az injektáláshoz szükséges *fertőtlenítő eszközök* biztosítását, steril tűk és fecskendők fogvatartottak közötti szétosztását, azaz az ún. *tűcsere-programokat*, valamint az injektáló magatartás kiváltására irányuló *szubsztitúciós/helyettesítő kezeléseket*.

A később részletesen bemutatásra kerülő prevenciós módszerek közül a büntetés-végrehajtásban széles körben az oktatás, a különféle szűrővizsgálatok, valamint az azokat megelőző, illetve követő tanácsadások terjedtek el. Mind több esetben kerül sor a fogvatartottak óvszerekkel, fertőtlenítő szerekkel való ellátására, ugyanakkor a HIV/AIDS fertőzéssel, a hepatitisszel szemben leghatásosabb, de egyúttal leginkább vitatott prevenciós módszerek, azaz a steril injektáló eszközök biztosítása és a szubsztitúciós kezelések alkalmazása igen korlátozott. Ennek hátterében többek között az a szemléletmód húzódik meg, amely nehezen tudja elfogadni, illetőleg nem tudja elfogadni a végrehajtási intézetekben, mind pedig azokon kívül a drogfogyasztást, különösen az injektáló formát. A társadalom jelentős része ugyanis elítéli ezen magatartásokat és kifejezetten negatívan viszonyul a fogvatartás alatti kábítószerfogyasztáshoz. Fontos lenne annak tudatosítása, hogy a legkörültekintőbb óvintézkedések ellenére is jelen vannak a kábítószerek a börtönökben és intravénás adagolásukkal, az injektáló eszközök megosztott, együttes használatával a fertőzések kialakulása és transzmissziója szinte kikerülhetetlen. Alapvető jelentősége volna ezért annak, hogy minél szélesebb kör megértse e rizikóviselkedésekben, és általuk a különféle fertőző betegségekben rejlő veszélyt.

Végezetül megemlíteném, hogy Dolan és kollégái³²⁰ a HIV fertőzés megfékezése, transzmissziójának megelőzése érdekében alkalmazható stratégiák között egyfajta fontossági sorrendet is felállítottak. Nézetük szerint az első és legfontosabb lépés a túlszűfolttság csökkentése, a szabadságelvonnások számának visszaszorítása. Másodikként említhető a börtönszemélyzet és a fogvatartottak HIV oktatásának biztosítása a végrehajtás részéről. Ezt követik a metadon fenntartó kezelések az ópiátfogyasztó fogvatartottak számára. Ugyancsak alapvető jelentőséggel bírnak a megelőzés szempontjából az óvszerek, az injektáláshoz szükséges tűk, fecskendők. Ez utóbbiak végrehajtás által történő visszautasítása esetén fertőtlenítő eszközök biztosítása indokolt. Végezetül alkalmazni kell a fogvatartottak HIV felügyeletét, ami a szűrővizsgálatokban, tanácsadásban ölt testet.

³²⁰ Dolan, K. – Kite, B. – Black, E. – Aceijas, C. – Stimson, G.V.: i.m. 38. p.

VIII. 1. Az oktatás

A büntetés-végrehajtási környezetben a leginkább elfogadott és legtöbbet alkalmazott prevenciós módszer az oktatás. Miként arra a HIV/AIDS fertőzéssel foglalkozó részben már utalás történt, a megelőzés kulcsa a végrehajtási intézetekben is az oktatás. Ezt fogalmazta meg többek között a *WHO 1993-as Irányelve a HIV fertőzésről és az AIDS-ről a börtönökben*. Ez a dokumentum mind a fogvatartottak, mind a végrehajtási személyzet számára egyaránt ajánlja a HIV/AIDS-vel kapcsolatos széleskörű tanácsadást, információnyújtást többek között a fertőzés megelőzésével összefüggésben. Az Irányelv alapján külön figyelmet igényelnek a HIV transzmissziójának veszélyforrásai a börtönkörnyezetben és a fogvatartottak szabadulás utáni ide kapcsolódó szükségletei. A dokumentum szükségesnek tartja, hogy a betegségről írásos anyagok olyan formában és nyelven álljanak rendelkezésre, melyet a fogvatartottak megértenek, amely megfelel a börtönnépesség általános iskolázottsági szintjének. Kiemeli, hogy minden fogvatartottnak biztosítani kell lehetőséget a kapott információk szakképzett személyekkel történő megbeszélésére. Szorgalmazza továbbá a végrehajtási állomány és a fogvatartottak együttes részvételét az oktatási anyagok megalkotásában, fejlesztésében. A fertőzés injekciós droghasználat útján történő terjedésének megelőzéséhez elengedhetetlennek tartja a fogvatartottak tájékoztatását a kábítószer-fogyasztás veszélyeiről, az injektáló eszközök megosztott használatának lehetséges következményeiről. Emellett a hatóságokat arra ösztönzi, hogy a kevésbé veszélyes és ártalmas drogfogyasztási módszereket is tegyék megismerhetővé a fogvatartottak számára.³²¹

A HIV és Hepatitis Börtönbeli Megelőzésének Európai Hálózata (HIPP)³²² által 1999-ben elfogadott irányelv³²³ külön címszó alatt tárgyalja a börtönszemélyzet egészségügyi oktatását. Kimondja, hogy a végrehajtási személyzetnek a HIV és a hepatitis fertőzések, valamint a drogfüggőség valamennyi aspektusára (egészségügyi, pszichológiai és szociális) kiterjedő tréningekre és folyamatos továbbképzésekre van szüksége annak érdekében, hogy egyrészt biztonságban érezzék magukat, másrészt megfelelő iránymutatást, illetőleg támogatást tudjanak adni a fogvatartottaknak. Esetükben is szükséges védőoltások alkalmazása, legalább a hepatitis B vírus ellen az őket potenciálisan fenyegető veszély megelőzésére. Az irányelv bármely sürgősségi eset személyzet általi megfelelő kezelése

³²¹(WHO 1993): WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in prisons. 5-6. pp.

³²² European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison (HIPP)

³²³ European Guidelines on HIV/AIDS and Hepatitis in prison (Milano, 1999.)

érdekében pontos tervek kidolgozását, továbbá a HIV/AIDS kitörése esetére protokoll elkészítését tartja szükségesnek.

Számos ország tapasztalatai azt mutatják, hogy az oktatás akkor lehet hatékony, ha nem pusztán passzív, hanem az aktív és tevékeny részvételi formákat is tartalmazza. A fertőzéssel, illetve a betegséggel összefüggő írásos tájékoztató anyagok szükségességéhez nem férhet kétség, mégis, számolni kell azzal, hogy azokat a fogvatartottak sok esetben nem olvassák, így önmagukban nem elégségesek. A külföldi fogvatartottak nyelvi problémáinak leküzdésére, illetve az olvasni nem tudó fogvatartottak esetén nagy segítség lehet, ha ezeket az írásos anyagokat a jobb megértés érdekében minél több képpel látják el. Arra is gondot kell fordítani, hogy ezen prevenciók kiadványok ne pusztán a civil szférában megtalálható, fellelhető tájékoztatók másolatai legyenek, hanem vegyék figyelembe a releváns célcsoportok igényeit és börtönkörnyezetre adaptált változatot alkalmazzanak.³²⁴

Videófilmek használata ugyancsak a könnyebb megértést szolgálja és kedvezőek a fogvatartottak általi visszajelzések, de itt is számolni kell az esetlegesen jelentkező nyelvi nehézségekkel, illetve azzal a körülménnyel, hogy csoportos összejövetelek megszervezése a börtönökben biztonsági szempontok miatt nem mindig lehetséges.³²⁵

A szükséges információk átadásában a fent előadottak tükrében az élő oktatás gyakran hatásosabb lehet. Ez a módszer természetesen szintén szembesülhet nyelvi nehézségekkel, illetve szervezési problémákat is felvethet, de amennyiben képes interaktív lenni, akkor jobban elősegítheti a prevenciók célkitűzéseket.

Egyre nagyobb elfogadottságnak örvend és meghatározó szerep tulajdonítható az egyes fogvatartottak által rabtársaiknak tartott tájékoztatásnak, oktatásnak. Ennek hátterében többek között az áll, hogy a HIV és egyéb fertőzések kiváltója igen gyakran illegális tevékenység (pl. kábítószer-injektálás, tetoválás, erőszakos szexuális magatartás), vagy olyan magatartás, amely megbélyegzi az érintetteket, így lehetséges, hogy az egyedüli személy, aki a fogvatartottaknak nyíltan beszélhet a veszélyforrásokról, az maga is fogvatartott, vagy egykori rab. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az általuk szolgáltatott információkra, tájékoztatásokra rabtársaik nem tekintenek olyan gyanakvással, mint ha azok a büntetés-végrehajtási személyzettől származtak volna. Emellett ők sok esetben specifikus tudás birtokában vannak, realisabban képesek megítélni, hogy mely oktatási stratégia, prevenciók módszer lehet életképes a börtön falain belül. A program további előnyeként említhető, hogy

³²⁴ Stöver, H. – Weilandt, C.: i.m. 108. p.

³²⁵ Niveau, G.: Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: A review. Public Health 2006/120. 37. p.

hatásos lehet a hivatásos állomány munkaterhének csökkentésében, illetőleg ezáltal a szakemberek több időt fektethetnek a bonyolultabb esetek megoldására, sőt segíthet az intézeti rend és biztonság fenntartásában is. Nem elhanyagolható szempont ezen túlmenően a program hosszú távon jelentkező költséghatékonysága sem. Végezetül arról sem szabad megfeledkezni, hogy ez a fajta oktatási forma előnyös lehet az oktatók számára is, akiknek az önértékelésében, önbecsülésében az elért eredmények, pozitív visszajelzések nyomán jelentős javulások következhetnek be.³²⁶

Utalnék arra, miszerint jelenleg nem állnak rendelkezésre összehasonlító adatok arra vonatkozóan, hogy a HIV kockázati magatartásainak csökkentése terén a hivatásos vagy a fogvatartotti oktatás tekinthető-e hatékonyabbnak, de kétségtelen, hogy ez utóbbi jobban élvezi a fogvatartottak bizalmát. Ez az oktatási forma bár kétségtelenül hatásos és hatékony, fontos megjegyezni, hogy megszervezése a végrehajtási környezetben nehézségekbe ütközhet, illetve gyakorta több időt és erőforrást igényel, mint a hagyományos tanácsadó módszerek alkalmazása. Nagy körtekintés szükséges ugyanis a potenciális fogvatartottak kiszűrése és toborzása, képzésük, ellenőrzésük terén, illetve a program értékelése és elemzése vonatkozásában egyaránt. A fogvatartottak válogatása során fontos szempont lehet például, hogy csak olyanok kerülhessenek tanácsadói pozícióba, akiknek nincsenek megoldatlan problémái. Számolni kell továbbá azzal is, hogy egy nem megfelelően megszervezett programban a hivatásos állomány úgy érezheti, hogy eltávolítják őket a fogvatartottak, így a továbbiakban nem kívánnak segédkezni a tanácsadásban. A végrehajtási személyzet és a programba bevont fogvatartottak között alapvető tehát a jó kommunikációs csatornák kiépítése, amivel a csoportok közötti feszültség minimálisra csökkenthető.

Egy Ausztráliában a fogvatartottak által vezetett program eredményességét, és egyúttal a HIV-vel szembeni előítéletek visszaszorulását mutatja, hogy a rabok többsége (71%) az oktatást követően úgy gondolta, nincs szükség a HIV pozitív személyek izolálására, és 99%-uk azt is megértette, hogy a fertőzés átvihető az injekciós eszközök megosztott használatával, valamint a védekezés nélküli szexuális érintkezéssel.

Az Orvosok Határok Nélkül elnevezésű segélyszervezet 2000-ben HIV oktatási programot indított útjára az orosz börtönökben, többek között Szibériában Omskban drogfüggő fogvatartottak számára. A program keretében 3 tréning során külön-külön 15-20 fogvatartottat képeztek ki rabtársaik oktatására. A fogvatartottak kiválasztása során szempont volt, hogy a rab ne legyen erőszakos természetű, ugyanakkor megfelelő intelligenciával

³²⁶Stöver, H. – Weilandt, C.: i.m. 101. p.

rendelkezzen, és a kolónián belül elismert vezetőként tartsák számon, emellett a szabadságvesztés-büntetés tartama meghaladja a 2 évet.

A tréning során a programba vont fogvatartottak számára előadásokat, interaktív játékokat, szerepjátékokat tartottak és gyakorlati tapasztalatokkal szolgáltak. Emellett többek között a HIV/AIDS-szel, a hepatitiszszel, a tbc-vel, a szexuális úton terjedő betegségekkel összefüggő információs kiadványokat, általános ismeretterjesztő egészségügyi füzeteket osztottak szét a képzések befejezését követően. A tréning központi eleme a vér útján terjedő fertőző betegségek transzmissziója volt, kitért a különféle prevenciós stratégiák alkalmazására, így például az óvszerek helyes használatára, az injektló eszközök fertőtlenítő szerrel történő tisztítására.

A tréningek, illetőleg a fogvatartottak által végzett felvilágosító, oktató munka eredményeit 2000-ben és 2001-ben a fogvatartottak körében végzett kérdőíves felméréssel tesztelték. A válaszokból az derült ki, hogy a fogvatartottak tudása a HIV transzmisszióval összefüggésben szignifikánsan javult. A program értékelése emellett arra is rávilágított, hogy a fogvatartottak képzésével, oktatási, ismeretterjesztő anyagokkal jelentősebb költségek nélkül olyan népesség érhető el, akik a börtönön kívül jóval nehezebben közelíthetők meg, azaz számukra a felvilágosítás a végrehajtási intézetekben döntő jelentőségű.³²⁷

A tárgykörhöz kapcsolódó tanulmányokból az is megállapítható, hogy a HIV/AIDS oktatásban betöltött szerepe mellett a fogvatartottak bevonásával történő tanácsadás fontos elem lehet az öngyilkosságok, illetőleg az erőszakos magatartások megelőzése terén is. A civil szférával összehasonlítva a börtönnépesség körében az öngyilkossági ráta legalább 4-szer magasabb, míg az önkárosító magatartások rátája becslések szerint 10-20-szor nagyobb értéket mutat. Jellemző, hogy ezeket a fogvatartottakat elkülönítik mindaddig, amíg a megfelelő egészségügyi ellátást nem kapják meg. Ez az intézkedés azonban nem oldja meg a problémát, sőt gyakorta megnöveli, fokozza az elszigeteltség, depresszió érzését. Azokban az esetekben, amikor az önkárosító cselekményekre az esti órákban, vagy hétvégén kerül sor, az izoláció elhúzódhat. Ilyenkor a képzett fogvatartottak, mint tanácsadók segíthetnek társaiknak az egészségügyi személyzet munkába lépéséig. Kanadában, Ontarió államban a kingstoni női börtönben például 11 fogvatartottat képeztek ki tanácsadónak, akik 24 órás szolgálatot teljesítenek. A program kedvező megítélését mutatja, hogy a fogvatartottak 81%-a elismerően szólt a kezdeményezésről, még akkor is, ha azt ténylegesen nem vette igénybe. Angliában és Walesben hozzávetőleg 100 intézetben alkalmaznak fogvatartottakat arra a feladatra, hogy

³²⁷ Dolan, K.A. – Bijl, M. – White, B.: i.m. 1-6. pp.

meghallgassák társaik problémáit. Ez a program lehetőséget teremt az érintett fogvatartottak igénybevételére a börtön bármely részén és a nap minden órájában, illetve különleges esetekben mód van az éjszakai órákban a közös elhelyezésre is.

Ezen börtön-alapú, fogvatartottak által vezetett programok hatékony végrehajtása és értékelése érdekében fogalmazta meg ajánlását az angol Börtönszolgálat 2001-ben. Ennek lényege, hogy a program négy fázisra tagolódik: a *tervezés és kialakítás*, a *képzés és végrehajtás*, a *fenntartás*, végül az *értékelés és ellenőrzés* fázisára.

Az *elsőként* említett *szakaszban* meg kell határozni, hogy milyen célcsoportokat kíván a program megcélózni és a rendelkezésre álló erőforrások alapján az hogyan kivitelezhető. Mi a program célja, milyen alapelvek, és irányelvek mentén működhet. Szükséges továbbá annak tisztázása, hogy milyen szempontok alapján (képességek, készségek) kerüljenek a rabok kiválogatásra, a fogvatartottak bevonása milyen feltételek között történjen. E tekintetben lényeges például, hogy az érintett rabok milyen szerepben (csoport vagy egyéni munka, és/vagy krízis munka) tevékenykednek, illetve milyen területeken, továbbá, hogy a szolgálat milyen időbeli elfoglaltságot (például napi 24 óra, heti 7 nap) eredményez számukra.

A *képzés és végrehajtás fázisa* döntően befolyásolja a program egészének sikerét. A képzés tekintetében a program célját kell elsődlegesen szemügyre venni. Ez határozza meg alapjaiban, hogy mely készségek (kommunikációs, konfrontációs, probléma-megoldó készség stb.) fejlesztésére és átadására van szükség.

A *fenntartás szakasza* igényli többek között a program résztvevőinek folyamatos tréningjeit, az ellenőrző találkozásokat.

Végezetül az *értékelő fázis* adhat számot a program jövőbeli alkalmazhatóságáról. Ebben a szakaszban fontos annak tisztázása is, hogy a fogvatartottak bevonására épülő projekt eredményes-e annyira, mint a szakemberek által vezetett program.³²⁸

Jelenleg az EU legtöbb tagállamában és a tagjelölt országokban végeznek a fogvatartottak és a börtönszemélyzet körében oktatási, képzési tevékenységet. Erről számolt be például Spanyolország, Ciprus, Magyarország, Románia, Szlovénia és Észtország ország-jelentéseiben.³²⁹

Ez utóbbiban, 2002-ben például a Nemzeti AIDS Prevenciók Központ szervezett speciális tréningeket a HIV fertőzéssel összefüggésben a börtönszemélyzet számára, melynek nemcsak az egészségügyi dolgozók, hanem az őrszemélyzet is részesei voltak. A központ

³²⁸ Devilly, G.J. – Sorbello, L. – Eccleston, L. – Ward, T.: Prison-based peer-education schemes. Aggression and Violent Behavior 2005/10. 219-240. pp.

³²⁹ A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése i.m. 86. p.

emellett idekapcsolódó irodalmat és nyomtatványokat osztott szét a fogvatartottak között. A börtön egészségügyi személyzete kemény és intenzív munkájának tudható be, hogy számottevően megnőtt a HIV-tesztet önkéntesen vállaló fogvatartottak száma. Az év első hat hónapjában összesen 2494 fogvatartotton végezték el a vizsgálatot, közülük 135 személy volt HIV pozitív.³³⁰

Hazánkban 2003-ban kezdték meg végrehajtási intézeteinkben a drogreveníciós tájékoztatást. A BVOP ennek keretében egy kilenc videokazettából álló ismeretterjesztő sorozatot vásárolt. A filmek levetítése mellett csoportos foglalkozások során ismertetik a látottakat a nevelők és beszélnek meg a fogvatartottakkal.³³¹

Az újonnan csatlakozó EU tagállamok közül a Cseh Köztársaság alkalmaz a végrehajtási intézetekben fogvatartottak által vezetett oktató programokat és a litván börtönök többsége is él ezzel az oktatási formával. Ha kisebb arányban is, de a honi, az észt, a lett és a lengyel végrehajtási intézetek is igénybe veszik a fogvatartottak közreműködését ilyen projekteknél. Ez utóbbi államban a fogvatartottak általi oktatási, támogatási programoknak nincs központilag irányított rendszere, az egyes intézmények maguk alakították ki saját programjukat.³³² A legtöbb országban azonban a kábítószerélvező fogvatartottak számára nem találhatunk olyan projekteket, melyek a biztonságosabb drogfogyasztási, illetve injektálási magatartásokat ismertetnék, szorgalmaznák. A kivételek között elsősorban a Cseh Köztársaságot, valamint Észtországot említhetjük.³³³

VIII.2. Szűrővizsgálatok és tanácsadás

Az oktatás jelentőségének elismerése mellett fontos kiemelni, hogy az a HIV/AIDS, illetve egyéb fertőző betegségek visszaszorításában, megfékezésében egyedül nem elégséges prevenciós módszer. A fogvatartottaknak ugyanis nem csupán arra van szükségük, hogy informálják őket arról, és megtanítsák őket arra, hogy hogyan védhetik meg magukat a fertőzésekkel szemben, hanem az ehhez szükséges eszközöket is biztosítani kell(ene) számukra. Ezen prevenciós eszközök közül a gyakorlatban széles körben megtaláljuk a fogvatartottak szűrését, valamint az ahhoz szorosan kapcsolódó tanácsadást.

Az átfogó HIV prevenciós programoknak meghatározó része tehát a teszt elvégzése, valamint az azt megelőző, illetve követő tanácsadás. Ezen elemek elsődleges közegészségügyi

³³⁰ Situation with HIV in Estonian prison system 26.06.03., www.baltichealth.org

³³¹ Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005. i.m. 74. p.

³³² Costall, P. – Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 17-18. pp.

³³³ Weilandt, C.-Eckert, J.-Huisman, A.: i.m.21. p.

célja két irányból közelíthető meg. Egyrészt ezen prevenciós módszerek arra irányulnak, hogy a még nem fertőzött személyek tartózkodjanak azon kockázati magatartásoktól, melyek a fertőzéshez vezethetnek, másrészt pedig arra, hogy a már fertőzött személyek ne fertőzzenek meg másokat. A célkitűzés tehát mindkét esetben a fertőzésveszély csökkentése.

A WHO már hivatkozott 1993-as Irányelvének 11. pontja kimondja, hogy az önkéntes alapon működő szűrést a szabad társadalomhoz hasonlóan biztosítani kell a végrehajtási intézetekben is, a szűrővizsgálatot megelőző, illetve azt követő tanácsadással együtt. A dokumentum külön kiemeli, hogy a HIV pozitív személyek foglalkoztatásbeli, sport és rekreáció területén való elkülönítése és szegregációja szükségtelen.

Az anonim és önkéntes szűrést fogalmazta meg alapelveként 1999-ben milánói ülésén a HIV és Hepatitis Börtönbeli Megelőzésének Európai Hálózata is, egyúttal elítélte a HIV pozitív fogvatartottak szegregációját, valamint diszkriminációját.³³⁴

A fertőző betegségek, különösen az AIDS, ellenőrzése büntetés-végrehajtási és kriminológiai aspektusairól, és a börtön-egészségüggyel kapcsolatos problémákról szóló R(93)6. számú Európa Tanácsi ajánlás ugyancsak az önkéntesség elvét vallja és egyúttal mint diszkriminatív és hatástalan, ezáltal pedig etikátlan eszközt elutasítja a kötelező szűrések és tanácsadások gyakorlatát. Ugyancsak fontosnak tartja a szűrést megelőző, valamint azt követő tanácsadások alkalmazását. Az ajánlás alapján az egyenlő egészségügyi ellátáshoz való jog érvényesítését a HIV/AIDS fertőzés minden szakaszában úgyszintén biztosítani kell, azaz ugyanazt az ellátást kell a fogvatartottak számára felajánlani, mint amely a szabad polgárok részére elérhető. A dokumentum 9. pontja, teljesen összezsengve a WHO 1993-as irányelvében foglaltakkal, külön kihangsúlyozza, hogy a HIV-pozitív személyek elszigetelése, elkülönítése, tevékenységi körének, illetőleg sport és szabadidős tevékenységének korlátozása a végrehajtási intézetek falain kívül szükségtelen, így ez a hozzáállás követendő az elítéltek esetében is. Az ajánlás megfogalmazása szerint a HIV fertőzött elítélteket nem szabad kizárni a félig nyitott, illetőleg az alacsony biztonsági fokozatú intézményekben történő elhelyezéséből sem.

Az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának másik, *R(98)7. számú ajánlása a Börtönbeli egészségügyi ellátás etikai és szervezeti aspektusairól* a HIV-teszt elvégzését szintén a fogvatartottak beleegyezéséhez köti, az elkülönítés kapcsán pedig azon a nézeten van, hogy az csak akkor jogszerű, ha erre az intézkedésre a végrehajtási intézet falain kívül is hasonló egészségügyi okok miatt lenne szükség. Kifejti, hogy az AIDS-betegeket, valamint

³³⁴(HIPP 2001): European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison, European Guidelines on HIV/AIDS and Hepatitis in prison (Milano, 1999.)

az AIDS-vel összefüggő betegségben szenvedőket a betegosztályokon teljes izoláció nélkül kellene kezelni. Azon betegek esetén pedig, akiket fertőzésveszély fenyeget, az elkülönítés akkor alkalmazható, ha a fertőzés elkerülése és saját védelmük érdekében ez szükséges. Ez az intézkedés elsősorban a súlyos immunrendszeri betegségben szenvedők esetén lehet indokolt.³³⁵

A témához kapcsolódó Európa Tanácsi dokumentumok közül szólni kell még a Miniszteri Bizottság *AIDS elleni közös európai közegészségügyi politikára vonatkozó R (87) 25. számú ajánlásáról*,³³⁶ amely 2.2.2. pontjában rögzíti, hogy a HIV pozitív személyek diszkriminációja sem etikailag, sem tudományosan nem igazolható. A *HIV terjedése elleni korai gyógyszeres kezelés aspektusairól szóló R(94)10. számú*, ugyancsak Miniszteri Bizottsági *ajánlás*³³⁷ a tagállamok figyelmét arra hívja fel, hogy vizsgálják felül a HIV pozitív személyek elkülönítését és diszkriminációját eredményező politikájukat.

Az Európai Unió legtöbb országában jelenleg az önkéntességen és anonimitáson alapuló szűrést, valamint tanácsadást tartják követendőnek és érvényesítik a büntetés-végrehajtási intézetekben. Ezen szemlélet alapján a hatékony egészségpolitika az önkéntesség elvét érvényesítő szűrésre épül, és egyúttal mind nagyobb számú fogvatartott bevonására törekszik. A transzmisszió veszélye és a fogvatartottak nagyarányú cserélődése miatt pedig ezeket a szűrővizsgálatokat a fogvatartottak befogadását követően a lehető legkorábbi időpontban meg kell kezdeni. Németországban például a befogadáskor javasolják a fogvatartottak számára a teszt elvégzését, ez azonban következmények nélkül visszautasítható.³³⁸

A HIV járvány kezdetén számos végrehajtási rendszer a fogvatartottak kötelező szűrővizsgálatát rendelte el és a fertőzés veszélyének csökkentése érdekében egyesek a HIV pozitív személyek teljes izolálását tartották követendőnek. Ezzel szemben a WHO 1993-as Irányelve csak egészségügyi okból és korlátozott tartamban tartja alkalmazhatónak az izolációt abban az esetben, ha a HIV fertőzött fogvatartott egyúttal a tbc fertőző stádiumában is van (28. pont).

A kötelező szűrővizsgálatok támogatói azzal érveltek, hogy a tesztek eredményét közölni kell a személyzet néhány, esetleg valamennyi tagjával, illetőleg a zárkatársakkal,

³³⁵Bővebben: Nagy Ferenc - Juhász Zsuzsanna: i.m. 7-20. pp.

³³⁶ Recommendation No. R (87) 25 concerning a common European public health policy to fight the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

³³⁷ Recommendation No. R (94) 10 of the Committee of Ministers to member states on early pharmacological intervention against HIV infection

³³⁸Sárosi Péter: A büntetés-végrehajtási intézményekben végzett ártalomcsökkentés nemzetközi gyakorlata. Addiktológia 2004/3. 382-383. pp.

annak érdekében, hogy jobb esélyük legyen megvédeni magukat és megtenni a szükséges intézkedéseket.³³⁹ Jelenleg a többségi vélemény szerint ez a lépés a fogvatartottak beleegyezése nélkül a személyes egészségügyi adatok kiszolgáltatásaként, azok felfedéseként értelmezhető, és alapjogok sérelméről van szó.³⁴⁰ Így csak abban az esetben lehet elfogadható, ha más eszközökkel a megelőzés nem biztosítható, illetve ha harmadik személy jogos érdeke (például véradáskor) ezt megkívánja.

Egyébiránt számos ország, mely a kötelező tesztek gyakorlatát követte, előbb vagy utóbb beismerte, hogy az nemcsak hatástalan, de költséges is.³⁴¹ A HIV-szűrések és az elő-, valamint utótanácsadás további aspektusa lehet tehát a költséghatékonyság vizsgálata. Egy az USA-ban készült felmérés arra a következtetésre jutott, hogy amennyiben a végrehajtási intézetekben nem biztosítják ezeket a szolgáltatásokat, úgy éves szinten 10.000 fogvatartottat alapul véve 35 új HIV fertőzéssel és egyúttal 6.6 millió dollár egészségügyi kezelési költséggel kell számolni. Ezzel szemben a szűrővizsgálatok és a tanácsadás elérhetősége esetén az új fertőzések számát 4-re becsülték és a társadalom számára több mint 500.000 dollár megtakarítást könyveltek el.³⁴²

A gyakorlatban egyes büntetés-végrehajtások azért támogatják a szegregációt, mert abban HIV prevenciós stratégiát látnak. Ez azon a téves meggyőződésen alapul, hogy a fertőzött személyek izolálásával a további transzmisszió a börtönön belül megelőzhető. Más esetekben egészségi okokra hivatkozással alkalmazzák az elszigetelést, arra utalva, hogy az összes fertőzött személy közös, speciális részlegekben történő elhelyezésével számukra jobb ellátás biztosítható.

A szegregáció alkalmazása a HIV pozitív fogvatartottakról azt a benyomást kelti, hogy veszélyesek, illetve ezt követően azt a téves képzetet váltja ki, hogy a veszély elmúltával nincs szükség további óvintézkedések, prevenciós lépések megtételére, azaz hamis biztonságérzetet kölcsönöz. Mindemellett visszatartó erő lehet az önkéntes HIV tesztekkel, illetve a kezelésekkal szemben. Amennyiben ugyanis a fogvatartottak megrettennek a HIV pozitív státusz, illetve annak gyanúja esetén érvényesíthető izolációtól, a többség nem vállalja

³³⁹ *Jürgens, J. – Bils, M.*: HIV prevention in penal institutions. In: HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states. Geneva: WHO. 2001. 49-53. pp.

³⁴⁰ Az egészségügyi titoktartás kérdéseit vizsgálja Macdonald, M. tanulmánya a problematikus drogfogyasztás és a HIV/AIDS összefüggésében az európai börtönökben. *MacDonald, M.*: People with problematic drug use and HIV/AIDS in European prisons: An issue of patient confidentiality. *International Journal of Prisoner Health* 2006/3. 207-218. pp.

³⁴¹ Bővebben: *Lines, R.*: i.m. és *Betteridge, G.*: Prisoners' health human rights in the HIV/AIDS epidemic – background paper, Montreal, 2004.

³⁴² *Varghese, B. – Peterman, T.A.*: Cost-Effectiveness of HIV Counselling and Testing in US Prisons. *The New York Academy of Medicine* 2001/2. 304-312. pp.

fel a szűrés kockázatát, illetőleg nem veszi igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. A többségi véleény szerint a szegregáció alkalmazása a HIV pozitív személyek esetén csak hasonló szempontok alapján elfogadható és érvényesíthető, mint a többi fogvatartott vonatkozásában. Így megalapozhatja, ha a HIV fertőzött személy egyúttal erőszakos magatartást is tanúsít, azaz, ha az izolálása a többi rabtól a HIV státusztól függetlenül is indokolt. Fontos lenne végezetül annak biztosítása, hogy a HIV fertőzött személyeket a státuszukra tekintettel – lévén a köznapi érintkezéssel a fertőzés nem adható át - ne zárják ki a végrehajtási intézetek oktatási, szakképzési programjaiból, a munkáltatásból, a kulturális lehetőségekből, azaz izolálásukra ilyenformán se kerüljön sor.

A tapasztalatok egyébiránt azt mutatják, hogy a HIV/AIDS-vel összefüggő szolgáltatásokat, így például a szűrővizsgálatokat, az elő-, illetve utótanácsadást a fogvatartottak szívesebben fogadják, amennyiben a szolgáltatást végrehajtáson kívüli személyzet, például nem kormányzati szervezetek képviselői nyújtják. Ebben a helyzetben a külső „szolgáltatók” a fogvatartottak számára – összehasonlítva a végrehajtási személyzettel – függetlenebbnek tűnnek, könnyebben megnyílnak feléjük, nagyobb bizalmat táplálnak irányukba. Számos büntetés-végrehajtás például külső HIV szűrést végző klinikákkal vette fel a kapcsolatot, és a tesztek elvégzését ezen intézmények alkalmazottai végzik. A fogvatartottak szűrésen való részvétele, annak a ténynek betudhatóan, hogy a beavatkozást végző személyzet nem része a végrehajtási hierarchiának megnövekedhet, optimálisabbá válhat, ezáltal hatékonyan segítheti elő a HIV/AIDS prevenciót.³⁴³

Hazánk közelségében a Cseh Köztársaságban a teszt 1994-ig volt kötelező a fogvatartottak kockázati csoportjai (a homoszexuálisok, prostituáltak, kábítószerfüggők) számára, ezt követően a törvényhozás azonban már garantálta a névtelenséget és az önkéntességet. Amennyiben a fertőzést diagnosztizálják, a szeropozitív fogvatartottat hasonló módon kezelik, mint a többi fogvatartottat, így izolálására nem kerül sor. Lengyelországban szintén nem érvényesül az érintettek elkülönítése, státuszukat pedig titkosan kezelik.³⁴⁴

A kötelező HIV szűrés jelenlegi gyakorlatára példa Lettország, ahol a teszt elvégzésére a végrehajtási intézetbe történő befogadáskor kerül sor valamennyi fogvatartott esetén, a tesztelés azonban a szabadításkor már elmarad. Egyes szerzők szerint³⁴⁵ a kötelező jellegű szűrések akkor lennének elfogadhatóak, és értelmezhetőek, ha azokra a szabadságelvonnás végén is sort kerítenének, illetve alkalmazását indokolhatja, ha a HIV

³⁴³ Lines, R.: i.m. 66-69. pp.

³⁴⁴ Walmsley, R.: Prison health care in the Czech Republic, Hungary and Poland. HEUNI Papers No. 16. Helsinki, 2001. 24-25. pp.

³⁴⁵ Lásd például: Weilandt, C.-Eckert, J.-Huismann, A. idézett munkáját

gyakorisága kifejezetten magas egy adott országban. Emellett arra hivatkoznak, hogy a HIV szűrés természetéből adódóan valamennyi HIV fertőzött személy pontos meghatározása szinte kivitelezhetetlen, hiszen az ún. ablakperiódus, mely a fertőzés és a kimutathatósága közötti időre utal 14 hét, sőt esetenként ezt meghaladó tartamú is lehet.³⁴⁶ Ez azt jelenti, hogy ebben az időszakban a jelenlegi laboratóriumi eljárások gyakorta nem képesek kimutatni a fertőzést, noha a fertőzésveszély ilyenkor a legnagyobb. A negatív teszt-eredmény ilyenformán fals képet tükrözhet, megerősített vizsgálatra volna szükség.

Az Európai Unióhoz újonnan csatlakozó államok mindegyikében elvégzik a befogadáskor a HIV szűrést, ugyanakkor csak Lettorszában, Litvániában, Máltán és Szlovéniában teszik ezt valamennyi fogvatartott esetén. Több mint 50%-os szűrési arány figyelhető meg a Cseh Köztársaságban és Észtországban, míg ennél kisebb fogvatartotti népességet érint a teszt Lengyelországban, a Szlovák Köztársaságban, illetve hazánkban. A HIV szűrés Lettország kivételével valamennyi tagállamban önkéntes alapon történik.³⁴⁷

A HIV szűrések gyakorlatához szorosan kapcsolódik az azt megelőző, valamint követő tanácsadás, információnyújtás. A teszt elvégzését megelőző tanácsadás keretében kell többek között felbecsülni a fertőzés veszélyét a fogvatartottra nézve, illetve az ún. ablak-periódust. Ez utóbbi – ahogy arra már utalás történt - a fertőzés és annak kimutathatósága közötti időtartamra utal, és akár 4 hónap is lehet. E körbe tartozik továbbá a fertőzéssel összefüggő információszolgáltatás, a teszt előnyeinek és hátrányainak megvitatása. A szűrést követő tanácsadás tartalmazza a teszt eredményének megbeszélését, annak feltérképezését, hogy a fogvatartott megértette-e az eredményt. Pozitív szűrés esetén a kiváltott trauma miatt gyakorta merül fel pszichoterápiás eszközök alkalmazásának szükségessége. Emellett a tanácsadás szükség esetén kiterjed az utógondozásra, a fertőzés szempontjából veszélyt jelentő magatartások megvitatására.³⁴⁸

Az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága R(98).7. számú ajánlásának megfogalmazásával élve a végrehajtási intézetekben hangsúlyozottan kell foglalkozni a fertőző betegségek önkéntes és anonim szűréséből fakadó előnyök, illetve a hepatitis, a nemi úton terjedő betegségek, a tuberkulózis, a HIV lehetséges negatív következményeinek elmagyarázásával. A tesztek vállalóknak ezt követően orvosi tanácsadásban kell részesülniük.(28.)

³⁴⁶ Weilandt, C.-Eckert, J.-Huismann, A.: i.m. 21.p.

³⁴⁷ Weilandt, C.-Eckert, J.-Huismann, A.: i.m.15.p.

³⁴⁸ Jürgens, J. –Bils, M.:i.m. 53-55. pp.

A rendelkezésre álló adatok alapján az Európai Unióhoz újonnan csatlakozó országok többségében a HIV tesztet megelőző, illetőleg követő tanácsadás biztosított a fogvatartottak számára, míg a Cseh, valamint a Szlovák Köztársaságban csak akkor, ha a szűrés pozitív volt.³⁴⁹

Fontosnak tartom megjegyezni, hogy az utóbbi években az önkéntes alapon működő tesztek és tanácsadás modelljétől való elmozdulás gondolata fogalmazódott meg különösen a nagy fertőzöttségű országokban. Néhány közegészségügyi szervezet e modellt ugyanis a HIV fertőzés megelőzése szempontjából nem tartja elég hatékonynak, illetve gyors prevenció programnak. A 2005. októberében Montreálban megrendezett szimpóziumon, melynek tárgya az emberi jogok és a HIV tesztek gyakorlata volt, leszögezésre került, hogy a tesztek elvégzéséhez való és megfelelő tájékoztatáson alapuló hozzájárulás, a tesztet megelőző, valamint azt követő tanácsadás és a szűrés eredményének bizalmasan kezelése egyaránt emberi jogi normákon alapulnak. Mindazon HIV tesztek tehát, melyek kihagyják vagy szignifikánsan megnyirbálják ezeket az elemeket, nem elfogadhatóak. A kötelező, nem önkéntes, valamint a rutintesztek a tájékoztatáson alapuló beleegyezés nélkül pedig emberi jogi alapelvek megsértéseként értékelhetők.³⁵⁰

VIII.2.1. A HIV szűrés gyakorlata hazánkban

Magyarországon 2003. előtt a teszt a végrehajtási intézetekbe történő befogadáskor kötelező volt valamennyi fogvatartott számára. Az 5/1988. (V. 31.) SZEM rendelet alapján ugyanis a szerzett immunhiányos tünetcsoport (AIDS) vírusával fertőzöttség megállapítása céljából többek között a szabadságvesztés büntetésüket töltő elítéltek, a javító-, illetve nevelőintézetekben elhelyezett fiatalkorúak és az intravénás kábítószerélvezők kötelesek voltak magukat a szűrésnek alávetni, azaz esetükben az egészségügyi önrendelkezési jog csorbát szenvedett. A Társaság a Szabadságjogokért nevű civilszervezet sikeres kampányát követően vált önkéntessé és anonimá a tesztek elvégzésének gyakorlata. Jelenleg az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény határozza meg [59. § (4)] azt a személyi kört, akik esetében a szűrés kötelező. Ez a helyzet például akkor, ha valakit nemi erkölcs elleni bűncselekmény, kábítószerrel visszaélés, személy elleni erőszak, vagy személyi sérülés okozásával elkövetett bűncselekmény elkövetésével gyanúsítanak vagy vádolnak, ha az

³⁴⁹ Weilandt, C.-Eckert, J.-Huisman, A.: i.m.16.p.

³⁵⁰ (Canadian HIV/AIDS Legal Network) Outcomes of the symposium on HIV testing and Human rights. Montreal, 2005. október 24-25. Briefing paper.

elkövetés során a fertőzést átadhatta, vagy megfertőződhetett (e. pont). A fogvatartottak esetében a szűrést a végrehajtási intézet kell, hogy felajánlja, amelyet a fogvatartott visszautasíthat. A jogszabály megteremtette az önkéntes szűrővizsgálatok esetén az anonim teszt lehetőségét is, amikor a szűrés a személyazonosság előzetes felfedése nélkül történik. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a végrehajtási intézetbe történő befogadáskor egy nyilatkozatot töltenek ki a szűrést vállaló személlyel, amelyben tájékoztatják arról, hogy a mintavétel önkéntes, és egyúttal kéri a hozzájárulását a vizsgálat elvégzéséhez, valamint felvilágosítják az anonim mintavétel lehetőségéről. A szűrés szabályairól egy információs füzet segítségével tájékoztatják a fogvatartottakat, melyet 17 nyelvre fordítottak le, így a tájékoztatás jellemzően saját anyanyelven történhet. A jövőre nézve a büntetés-végrehajtás azt tervezi, hogy a befogadási eljárás során a fogvatartottak teljes körű, elsősorban jogi és egészségügyi kérdésekre kiterjedő felvilágosítást kapnának a szűréssel kapcsolatban.³⁵¹ Ez utóbbi jelentőségét véleményem szerint nem lehet elégszer hangoztatni, hiszen a tájékoztatatlanságból fakadó félelem vezet sok esetben a fertőzöttekkel szembeni előítéletekhez, és hátrányos megkülönböztetés forrása is lehet.

A szűrővizsgálatokon való fogvatartotti részvétel jelenleg igen alacsony, ami részint a megfelelő szexuális oktatás hiányával, hiányosságaival magyarázható, másrésről pedig a pozitív teszt esetén fellépő diszkrimináció elleni félelemmel.³⁵² Számokban kifejezve 2003. előtt átlagosan évi 17.000 feletti szűrésre került sor, a vonatkozó intézkedés bevezetését követően ez az adat 2500-3000-re csökkent, és azóta is drasztikusan csökken. Az előző évi adatokhoz viszonyítva további csökkenésről számolt be a 2006. évi Büntetés-végrehajtási Évkönyv is.³⁵³

Magyarországon a WHO és az UNAIDS által a HIV tesztekkel kapcsolatban megfogalmazott, és már hivatkozott hármas követelmény,³⁵⁴ azaz a HIV szűrések titkossága, a kapcsolódó tanácsadások elérhetősége és az érintett személyek önkéntességen alapuló egyetértése egyaránt érvényesülő kritériumok. A nemzetközi dokumentumokban, így különösen a WHO 1993-as Irányelvében, az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága által kiadott R (87)25. számú ajánlásban, az R (93)6. számú ajánlásban, az R (98)7. számú ajánlásban, illetőleg az R (94)10. számú ajánlásban³⁵⁵ foglaltakkal ellentétesen érvényesül a HIV pozitív fogvatartottak szegregációja. Jelenleg e dokumentumok nyomán ugyanis széles körben

³⁵¹ Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005. i.m. 121. p.

³⁵² Péter Sárosi: Recent developments in Hungarian legislation. Connection 2005/5. 5. p.

³⁵³ Büntetés-végrehajtás Szervezeti Évkönyve 2006. 48. p.

³⁵⁴ (UNAIDS and WHO): UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing, 2004, Geneva, letölthető: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en/index.html>

³⁵⁵ A hivatkozott dokumentumok tárgykörhöz tartozó elemzését a VIII.2. fejezet tartalmazza

elfogadott, hogy az AIDS betegséget okozó HIV vírus a köznapi érintkezéssel nem terjed, így az elszigetelés nem szükséges, mivel a HIV fertőzöttek többsége semmilyen veszélyt sem jelent a személyzetre, illetve a többi fogvatartottra.

A jelenlegi gyakorlat bár a nemzetközi normáknak és a CPT elvárásainak sem felel meg,³⁵⁶ azonban a honi jogszabályi rendelkezésekkel összhangban áll. A fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III.6.) IM. rendelet 43. §-a ugyanis akként rendelkezik, hogy a HIV vírusával fertőzött fogvatartottakat – fokozott védelmükre, a közösség védelmére és sajátos egészségi állapotukra figyelemmel – végrehajtási fokozattól függetlenül a kijelölt végrehajtási intézetben kell elhelyezni. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy megerősített pozitív szűrési eredmény esetén a fogvatartottakat a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházába, az ún. K egység zárt részlegébe szállítják át, amely elvileg 16 fő befogadására szolgál, abban ugyanis 16 egyszemélyes zárka található.

A CPT 1999-es jelentésében az elhelyezés magas színvonalának (jól felszerelt, tágas, zuhanyzóval ellátott zárkák) kiemelése mellett, a K egységben elhelyezett fogvatartottak teljes elszigetelése ellen emelte fel szavát.³⁵⁷ A CPT már többször hivatkozott 3. számú Általános Jelentésében³⁵⁸ pedig külön hangsúlyozta, hogy azon HIV pozitív fogvatartottak elkülönítése, akik megfelelő egészségi állapotban vannak, orvosi indokokkal nem támasztható alá. Az elkülönülő egységben való elhelyezést a magyar büntetés-végrehajtás azzal magyarázza, hogy az érintettek immunológiai státuszának megfelelő kezelés az adott részlegen belül, együttes elhelyezésükkel jobban biztosítható, itt folyamatosan gondoskodni tudnak gondozásukról és az elérhető legdrágább gyógykezelést tudják nyújtani számukra. További érv, hogy ezzel a közös elhelyezéssel a főváros-centrikus egészségügyi ellátórendszer könnyebb megközelítése jobban biztosítható. Hazánkban ugyanis a HIV pozitív személyek gondozására az országban egyedül csak a budapesti Szent László Kórházban van lehetőség. Ezen egészségügyi intézménnyel kötött megállapodás alapján a kórházból kéthetente jár orvos a körlet fogvatartottaihoz.

A jelenlegi gyakorlattal szemben alapvető kifogásként hozható fel, hogy a HIV pozitív fogvatartottak elkülönítése kiterjed a közösségi élet olyan színtereitől való távoltartásra is, mint a könyvtár, illetve a kápolna. A szegregáció ilyenformán sérti a fogvatartottak lelkiismereti-és szabad vallásgyakorláshoz való jogát, illetőleg korlátozza a művelődéshez

³⁵⁶ A CPT mind az 1994-es látogatásáról készült jelentésében, mind az 1999-es, mind pedig a 2003-as jelentéséhez felemelte szavát a jelenlegi gyakorlat ellen.

³⁵⁷ A Kínzás Megelőzésére Létrejött Európai Bizottság 1999. december 6. és 15. között Magyarországon tett látogatásáról készült jelentés 121-122. pont

³⁵⁸ CPT's 3rd General Report, CPT/Inf(93)

való jog érvényesülését is, azaz ellentétes mind a WHO 1993-as Irányelvében foglaltakkal, mind pedig az Európa Tanács R(93)6. számú ajánlásában megfogalmazottakkal. Ezen dokumentumok ugyanis – ahogy arra már utalás történt – a foglalkozásbeli, valamint a sport és rekreáció területén történő szegregációt szükségtelennek és indokolatlannak tartják. De hivatkozhatnák a Fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 1. számú mellékletében foglaltakra is, mely egyértelműen leszögezi, hogy a HIV-pozitív személyeket nem szükséges elkülöníteni.

E témakörhöz kapcsolódóan mintegy „zárszóként” az alábbi megjegyzéseket fűzném:

A magam részéről úgy vélem, hogy a HIV prevenciója szempontjából bizonyos alapadatok összegyűjtése nemcsak hazánkban, hanem sok országban szükséges lenne. Így fontos volna annak meghatározása, hogy a HIV fertőzés milyen arányban van jelen a teljes börtönnépességen belül. Ugyanennek a tényezőnek a vizsgálata a fertőzés szempontjából kockázati csoportnak minősülő esetekben is indokolt lehet, azaz célszerű volna feltérképezni, hogy az injektló drogfogyasztók, a védekezés nélküli szexuális kapcsolatok alanyai, a tetoválást végeztető személyek körében a HIV fertőzés milyen arányban van jelen, illetve a börtönnépességen belül ők mekkora hányadot képviselnek.

Az adatgyűjtésnek emellett nem szabad a szabadságvesztés megkezdésére szorítkoznia, hanem a szabaduláskor ugyancsak indokolt lenne a fertőzéssel összefüggő információk begyűjtése. A befogadáskor, valamint a szabadításakor rendelkezésre álló adatok összevetéséből ilyenformán a transzmisszió szintjére lehetne következtetni. A már ismertetett helyzet azonban semmiképpen sem kedvez a tényleges állapot megismerésének, a statisztikai adatok (a kábítószer-helyzetről szóló 2005-ös jelentés 8 HIV pozitív fogvatartottáról tett említést) nem feltétlenül tükrözik a valós helyzetet.

Fontos lenne annak megfontolása is, hogy a HIV szűréseket ne csak a befogadási eljárás keretében, hanem a szabadításakor is elvégezzék, illetve felajánlják a fogvatartottaknak. Itt jegyezném meg, hogy az EU-hoz újonnan csatlakozó tagállamok többségében – hazánkhoz hasonlóan – nem kerül sor ez utóbbi szűrésre, de ellenpéldaként hozható Litvánia, ahol valamennyi társadalomba visszabocsátott személy szűrését elvégzik, illetve Észtország, ahol a szabadítottak egy kis részénél alkalmazzák ezt az eljárást. Mindkét esetben a szűrés önkéntes alapon történik.³⁵⁹

³⁵⁹ Weilandt, C.-Eckert, J.-Huismann, A.: i.m.16.p.

Kétségtelen tény, hogy a megelőzésnek fontos eleme az anonimitást biztosító szűrés, ugyanakkor úgy vélem, hogy az önkéntesség elvének „mindenek fellett állóságát” hangoztatni a végrehajtási közegben egy kissé álhumánus gondolat. Ebben a környezetben a fogvatartottak fokozott fertőzésveszélynek vannak kitéve, ahogy azt a Szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII.28.) ESzCsM rendelet 9. §-ának (3) bekezdése tartalmazza.

A honi példa szemlélteti, hogy az önkéntes alapon biztosított szűrés lehetőségét - az oktatás és felvilágosítás ellenére - a fogvatartottaknak csak elhanyagolható hányada veszi igénybe, ennek pedig előbb vagy utóbb nagyon súlyos következményei lehetnek. Azzal ugyanis, hogy a fertőző betegek személyéről, számáról a büntetés-végrehajtásnak, illetve az egészségügyi állománynak nincs tudomása, a megfelelő kezelés biztosítására, amely elősegíthetné az életminőség javítását és az élettartam meghosszabbítását, nem, illetőleg nem megfelelő időben kerül sor. Másrésről, mivel a HIV fertőzés szempontjából rizikófaktorok számító magatartások, így a fogvatartottak közötti erőszak, illetve szexuális tevékenység, a tetováló magatartás és az injektló drog fogyasztás, ha szórványosan is, de egyaránt jelen vannak, a megfelelő ártalomcsökkentő prevenciós módszerek bevezetése és alkalmazása elodázhatatlanná válik. Különösen nagy, illetve nagyobb hangsúlyt kellene fektetni az oktatásra, felvilágosításra. A fertőzés, illetve a betegség jobb megismertetésével a fogvatartottakat ösztönözni kellene a szűrésen való részvételre. A tesztek elvégzésére ösztönzésnek a kockázati csoportok esetén pedig még nagyobb szükség lenne. Fontos lenne tudatosítani a fogvatartottakban, hogy személyazonosságuk felfedése nélkül lehetőségük van az anonim szűrés igénybevételére. Biztosítani kellene, hogy a fertőzés transzmissziójához vezető magatartásokat, a veszélyforrásokat minél szélesebb körben megismerjék, és egyúttal tartózkodjanak azoktól.

VIII. 3. A fertőzés szexuális úton történő terjedésének megelőzése

A *beleegyezésen alapuló szexuális kapcsolatok* esetén a megelőzés leghatásosabb eszköze a latex óvszer, amelynek következetes használata szignifikánsan képes csökkenteni a HIV fertőzés kockázatát mindkét nem esetében, illetve a gonorrhea kialakulását a férfiaknál. Kevésbé hatékony ugyanakkor azon szexuális úton terjedő betegségekkel szemben, melyek a bőr érintkezésével valósulnak meg, abban az esetben, ha a fertőzött területet az óvszer nem takarja.

A WHO égisze alatt 2004-ben az óvszerek és a HIV prevenció tárgykörében megjelent helyzetjelentés³⁶⁰ szerint a latex óvszer tekinthető a leghatékonyabb technológiának a HIV szexuális transzmissziójának csökkentésében, valamint egyéb szexuális úton terjedő betegségek visszaszorításában.

A nemzetközi dokumentumok közül az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának már több alkalommal hivatkozott R (93) 6. számú ajánlása a büntetés-végrehajtási intézetek számára szorgalmazza, hogy a fogvatartottak számára tegyék lehetővé az óvszerekhez való hozzáférést. A WHO 1993. évi Irányelve a HIV-fertőzésről és az AIDS-ről a börtönökben ezen túlmenően azt is javasolja, hogy a ezen prevenciós eszközt az előzetes letartóztatásban lévő személyek számára is elérhetővé kellene tenni.

A rendelkezésre álló adatok alapján³⁶¹ óvszereket Európában az évek során egyre nagyobb számú végrehajtási rendszer biztosít a fogvatartottak számára a síkosító anyagok³⁶² mellett (1989-ben 53%, 1992-ben 75%, 1997-ben pedig 81%). Példaként említhetők környezetünkben Ukrajna, Moldova, Észtország, Türkmenisztán, Románia, és az Orosz Föderáció egyes régiói, melyek engedélyezik az óvszerek szétosztását.³⁶³ Az Európai Unióban 2004. májusa előtt a 15 tagállamból 9-ben volt egyértelmű hivatalos állásfoglalás az óvszerek fogvatartottak számára történő ingyenes hozzáférhetősége kérdésében. Ausztriában például az őrizetbe vételkor a recepción kap valamennyi fogvatartott óvszer-csomagot. Hollandiában a prevenciós eszköz ugyancsak biztosított, a hozzáférés vagy az egészségügyi személyzet által történik, vagy a végrehajtási intézetek diszkrét helyein található automata révén. A portugál büntetés-végrehajtás mellett a szlovén börtönökben is engedélyezett az óvszerek alkalmazása.³⁶⁴

A másik hat ország eltérő nézeteket vall, beleértve a teljes tilalmat is. Írországban, Olaszországban és Skóciában a börtönökben tiltják a szexuális kapcsolatokat, így az óvszerek és egyéb prevenciós eszközök nem elérhetőek a fogvatartottak számára. Az óvszereket mind nagyobb számban biztosító végrehajtási rendszerek mellett a rendelkezésre bocsátott óvszerek mennyisége is növekedést mutat. Erre lehet jó példa Moldova, ahol 2000-2001-ben 26.396

³⁶⁰ (WHO, UNAIDS, UNFPA): Position statement on condoms and HIV prevention. 2004. Geneva

³⁶¹ (Canadian HIV/AIDS Legal Network): Condoms and prevention of sexual abuse. 4. Info Sheet. In: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union., 2006.

³⁶² A vizes bázisú síkosítók a HIV transzmissziója szempontjából kockázatot jelentő óvszer-szakadás, illetve végbél sérülés esetén nyújthatnak segítséget.

³⁶³ (Canadian HIV/AIDS Legal Network): Prisoners' health & human rights in the HIV/AIDS epidemic. DRAFT background paper for HUMAN RIGHTS AT THE MARGINS: HIV/AIDS, prisoners, drug users, and the law. A satellite of the XV. International AIDS Conference, Friday, 9 July 2004. 10. p.

³⁶⁴ Costall, P. – Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 7-20. pp.

fogvatartott között osztottak szét óvszert, majd ez a szám 2003-2004-ben 34.036-ra emelkedett.³⁶⁵

Európán kívül Ausztráliában, Brazíliában, Kanadában, Iránban, Dél-Afrikában, és kis számban az amerikai végrehajtási intézetekben is hozzáférhető e prevenciós eszköz.³⁶⁶

Ausztráliában az óvszerek elérhetősége részben a fogvatartottak nyomására történt. 1995-ben ugyanis 50 fogvatartott nyújtott be keresetet az Új-Dél Wales-i kormány ellen. Keresetükben azzal érveltek, hogy akadályozva vannak az egészségük védelméhez szükséges megelőző eszközök hozzáféréseben. Egészen a '90-es évek közepéig az ausztrál végrehajtási intézetek többsége szembehelyezkedett az óvszerek szétszétadásával. Elismerték ugyan, hogy a börtönökben a fogvatartottak között előfordul szexuális tevékenység, de bizalmukat az oktatásba helyezték, és azt tekintették az elsődleges HIV prevenciós intézkedésnek.³⁶⁷ Legalább részben e keresetnek köszönhetően döntött a kormányzat az óvszerek rendelkezésre bocsátása mellett.³⁶⁸ A döntésben szerepet játszott az a körülmény is, hogy a per befejezését megelőzően a büntetés-végrehajtás három börtönben kísérleti jelleggel osztotta szét az óvszereket. A program sikerét követően azt valamennyi Új Dél Wales-i börtönre kiterjesztették.

Az óvszerek biztosításának megtagadása miatt fordult keresettel egy fogvatartott 1999-ben az Egyesült Királyságban is. Az eset hátterében az állt, hogy a belügyminisztérium 1995-ös levele értelmében a fogvatartottak kizárólag a börtönök egészségügyi szolgálata útján juthattak hozzá a prevenciós eszközökhöz, mégpedig abban a ritka és kivételes esetben, ha az orvos véleménye szerint az adott szexuális tevékenység a HIV fertőzés kockázatával járt együtt. A levél alapján a politikai szándék, különösen a fertőzés terjesztése veszélyének fényében, az egészség megóvása volt és nem a homoszexuális magatartás bátorítása. Amikor a kérelmező 1997-ben büntetését a Littlehey végrehajtási intézetben töltötte és kérelmezte az óvszer biztosítását, a börtön egészségügyi hivatalnoka azzal utasította el a kérelmet, hogy az orvosi leletek nem indokolják ennek a kivételes esetnek az alkalmazását. A fogvatartott keresetében előadta, hogy az óvszerek általános elérhetőségét kellene megteremteni, mivel az érintettek nem feltétlenül tudják, hogy maguk vagy szexuális partnerük HIV pozitív-e. Még abban az esetben is, ha a teszt eredménye rendelkezésre áll, az ún. ablak-periódusra itt is figyelemmel kell lenni, azaz negatív teszt esetén is számolni kell a fertőzés és

³⁶⁵ (Canadian HIV/AIDS Legal Network): Condoms and prevention of sexual abuse. 4. Info Sheet. In: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union., 2006.

³⁶⁶ Stöver, H – Lines, R.: i.m. 79-80. pp.

³⁶⁷ Courting Rights: Case studies in litigating the human rights of people living with HIV. UNAIDS best practice collection. 109-112. pp.

³⁶⁸ (Canadian HIV/AIDS Legal Network) Prevention: Condoms. HIV/AIDS in prisons 2004/2005.



kimutathatósága közötti idővel. Az ügyben eljáró bíróság döntése jóváhagyta a belügyminisztérium eljárását, azaz megerősítette, hogy az óvszerek elérhetősége a börtönorvosokon keresztül történik. Egyúttal felhívta az érintett szervet arra, hogy olyan egyértelmű irányelveket fogalmazzon meg, melyekkel elkerülhető a túlzó megszorító értelmezés.³⁶⁹

Az e tárgykörben folytatott hatásvizsgálatok arra mutattak rá, hogy az óvszerek alkalmazása biztonsági problémát nem eredményezett, és a fogvatartottak szexuális aktivitását sem növelte. Egyúttal arra is rávilágítottak, hogy önmagában a hozzáférés biztosítása nem elégséges, lévén azon esetekben, amikor a fogvatartottaknak kell kérniük az óvszert, az szexuális orientáltságuk elismerését jelentené, ezért csak kevesen vállalják ezt fel. Emellett az óvszerekkel kapcsolatos rendelkezések sok esetben ambivalens érzéseket váltanak ki a személyzet és a fogvatartottak körében. A legtöbb országban a börtönboltokban megvásárolhatók, de a gyakorlatban a tabuk sokszor visszarettenek a fogvatartottakat vagy egyszerűen csak nincs pénzük megvásárlásukra. Szükséges lenne tehát az elérhetőség olyan módon történő biztosítása, hogy az könnyű, és egyúttal diszkrét is legyen.³⁷⁰ Ideális esetben az óvszereket olyan helyeken (illemhelyek, tusolók, műhelyek, váróhelyiségek) kellene elhelyezni, ahol a fogvatartottak azokhoz úgy tudnának hozzáférni, hogy azt más ne lássa. A prevenciós eszköz szétosztása megtörténhetne az egészségügyi személyzet, képzett fogvatartottak, illetve óvszerautomaták, valamint ezek kombinációja által. Minden végrehajtási intézetnek magának kellene felmérnie, hogy melyik módszer szolgálná legjobban a fogvatartottak, és ezáltal a végrehajtás érdekeit.

Szükséges lenne, hogy az óvszereket a börtönök valamennyi fogvatartott számára ingyenesen biztosítsák és már a végrehajtási intézetbe történő befogadáskor egy egészségügyi csomagban átadják a raboknak. Ehhez kapcsolódóan nagyon fontos a fogvatartottak egyértelmű tájékoztatása arra nézve, hogy milyen típusú szexuális magatartás vezethet a fertőzéshez, és ugyancsak szükséges az óvszerek megelőzésben betöltött szerepének elmagyarázása is.³⁷¹

Itt jegyezném meg, hogy a szexuális transzmisszió börtönbeli visszaszorítása tárgyában 2007-ben megjelent és már hivatkozott WHO dokumentum ajánlása szerint az óvszerek mellett a vizes bázisú síkosítókhoz való hozzáférést is biztosítani kellene a fogvatartottak számára. Arra vonatkozóan nincsenek ugyan adatok, hogy a HIV fertőzés

³⁶⁹Courting Rights: Case studies in litigating the human rights of people living with HIV. UNAIDS best practice collection. 106-108. pp.

³⁷⁰Jürgens, J. –Bils, M.: i.m. 57. p.

³⁷¹(WHO 1993): WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in prisons. 5. p.

megfékezésében az óvszerek ezen síkosítókkal együtt, illetve nélkülük milyen eredményt képesek felmutatni, de tekintve, hogy ez utóbbi prevenciós eszközök jelentős megelőző szerepet tölthetnek be az óvszerek szakadása esetén, ezért alkalmazásuk mindenképpen indokolt lehet. A dokumentum szerint mind az óvszereket, mint pedig a síkosítókat a női végrehajtási intézetekben is elérhetővé kell tenni a fogvatartottak számára, adott esetben az ellentétes nemű személyzettel folytatott szexuális kapcsolatokhoz.³⁷²

A Közép és Kelet-Európai országokat vizsgálva általánosságban elmondható, hogy elméletileg az óvszerek alkalmazhatóak a végrehajtási intézetekben, a gyakorlatban azonban nem minden esetben elérhetőek a fogvatartottak számára. Amennyiben engedélyezettek, gyakorta nehéz a diszkrét módon való hozzájutásuk. Emellett, bár a börtönboltokban általában fellelhetők, ugyanakkor nem részei egy átfogó ártalomcsökkentési stratégiának.

Lengyelországban például az óvszerek biztosításának szükségességét széles körben elismerik és általában a börtönboltokban, valamint a kantinokban hozzáférhető, illetőleg ingyenesen is szétosztásra kerülnek (például a Nemzeti AIDS Központ és más szervezetek kampánya keretében), de nincs egy szisztematikus szétosztási rendszer, melynek háttérében a pénzügyi erőforrások hiánya áll.

A Cseh Köztársaságban az óvszerek elérhetősége ellenére egyrészt a fogvatartottak korlátozott jövedelme szab gátat a vásárlásnak, másrészt igen erősen hatnak a tabuk a férfiak közötti szexuális kapcsolatok tekintetében. Emellett a végrehajtási személyzet általános vélekedése is meghatározó, miszerint sem az óvszerek, sem a steril tűk szétosztása nem szükséges a börtönökben.

Litvániában az óvszereket csak az ún. hosszú látogatások alkalmával biztosítják a fogvatartottaknak, általános használatra azonban nem. Az esetlegesen fel nem használt óvszerek ezért a börtön körforgásába kerülnek.

Romániában jelenleg a börtönből való eltávozások alkalmával kapják meg az érintettek a prevenciós eszközt. Az általános használatra történő bevezetésükhöz a büntetés-végrehajtás szerint olyan tréningekre volna szükség, melyek mind a fogvatartottak, mint pedig a személyzet hozzáállását, attitűdjét megváltoztatnák.

Szlovéniában az óvszereket korábban diszkrétan az illemhelyiségekben helyezték el, de azokat a fogvatartottak gyakorta megrongálták, így például jelenleg a Dob-i börtönben a biztonsági személyzettől kérhetők, míg a Ljubljana-i intézetben az egészségügyi nővérek

³⁷² (WHO, UNODC, UNAIDS): Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Provision of condom and other measures to decrease sexual transmission, 2007. Geneva, 16-20. pp.

osztják a rabok számára. Itt jegyezném meg, hogy Szlovénia mellett az óvszerek általános használata még az észt börtönökben érvényesül.

A szlovák büntetés-végrehajtás nem biztosítja az óvszereket a fogvatartottak számára és ez a helyzet Bulgáriában is, ahol nem alkalmazhatóak és nem is vásárolhatók meg. Tekintettel arra, hogy Bulgáriában a homoszexualitás bűncselekmény, az óvszerek szétosztása a büntetés-végrehajtás részéről a jog megsértésében való segédkezést jelentene. Korábban a Lovech-i börtönben egy közösségi program keretében szociális munkások osztottak óvszereket, a projekt befejeztével azonban nem volt pénzügyi forrás annak további folytatására.

Lettországban az AIDS Központ által vezetett projekt keretében osztottak szét óvszereket a fogvatartottak körében, jelenleg a projekt lezárultával csak a börtönből való rendelés révén juthatnak hozzá az eszközhöz.³⁷³

Hazánkban a börtönbörtönökben elvileg megvásárolhatók, a végrehajtási intézmények azonban ártalomcsökkentő intézkedésként nem osztanak óvszereket és a közeljövőben sem tervezik a bevezetését.³⁷⁴

Amennyiben *nemi erőszakra, vagy egyéb erőszakos szexuális tevékenységre* kerül sor a börtön falai között, az általában óvszer alkalmazása nélkül történik. Ezek a magatartások komoly veszélyt jelentenek a fogvatartottak testi és lelki egészségére, ezen túlmenően pedig a HIV és egyéb szexuális úton terjedő betegségek kockázatát jelentik.

A végrehajtási intézetek HIV/AIDS prevenciós politikájának ezért alapvető eleme valamennyi fogvatartott biztonságának, védelmének biztosítása. Ezen nehéz és összetett feladat megoldása érdekében fogalmazta meg *ajánlását* többek között³⁷⁵ az *AIDS a Börtönökben Kanadai Szakértői Bizottsága* (Canadian Expert Committee on AIDS in Prisons). E dokumentum alapján a börtönkörnyezet biztonságosabbá tételéhez szükséges intézkedés többek között a fogvatartottak körültekintő osztályozása, elkülönítési szabályok alkalmazása az erőszakos fogvatartottakkal szemben, szigorú ellenőrzés, felügyelet és védelem biztosítása (pl. egyszemélyes elhelyezés), a fogvatartottak oktatása, szabadidős programok alkalmazása és alapvető strukturális változások érvényesítése (pl. a világítás

³⁷³Bővebben: Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries... 2004. i.m. 64-66. pp.

³⁷⁴Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies...Country report for Hungary. 2004. i.m. 13-14. pp.

³⁷⁵A WHO többször hivatkozott 1993-as irányelve szerint a börtönhatóságok feladata az agresszív szexuális magatartások megfékezése (21.pont).Ugyancsak kapcsolódik e tárgykörhöz a HIV/AIDS-re és az emberi jogokra vonatkozó nemzetközi irányelv. (International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights – UNHCHR és UNAIDS, 1998.)

javítása). Fontos azonban ehelyütt is kiemelni, hogy ezen lépéseket a HIV státuszra tekintet nélkül valamennyi fogvatartott vonatkozásában érvényesíteni kell.³⁷⁶

Jelenleg a börtönrendszerek egy része tagadja a probléma létezését, hiányzik a szexuális erőszakra vonatkozó statisztikai adatok összegyűjtése és mellőzik a végrehajtási személyzet ezirányú képzését is. Ez utóbbi ugyanakkor alapvető lenne az erőszak felismerése, megelőzése és az erőszakot elszenvedő fogvatartottak támogatása tekintetében. Ezzel szemben más büntetés-végrehajtások felveszik a harcot a börtönbeli erőszak megfékezésében: megfelelő prevenciós lépéseket foganatosítanak, képzéseket tartanak a végrehajtási személyzet számára, felderítik és reagálnak az erőszakos magatartásokra, emellett szolgáltatásokat (például utólagos körmelegelőzést) nyújtanak az áldozatoknak.

A fentiekből kitűnően a HIV/AIDS és egyéb szexuális úton terjedő betegségek megfékezése érdekében a büntetés-végrehajtásoknak több irányú stratégiákat kellene kialakítaniuk és végrehajtaniuk, erősítve a megelőzést, a felderítést, és a szexuális erőszak minden formájának visszaszorítását.³⁷⁷

VIII. 4. A fertőzés injekciós droghasználat útján történő terjedésének megfékezése, megelőzése

VIII.4.1. Az ártalomcsökkentés módszereiről általánosságban

A korábbiakból kitűnően a HIV és hepatitis fertőzés szempontjából a leginkább veszélyeztetettek az intravénás droghasználók, akik igen jelentős arányban vannak jelen a büntetés-végrehajtási intézetekben. A börtönhatóságok ezért szerte a világon lépéseket tesznek a veszély csökkentése érdekében, ami részint az absztinencia alapú törekvésekben, részint pedig az ártalomcsökkentés módszereinek alkalmazásában ölt testet. A drogfüggő fogvatartottak kezelésénél ugyanis 2 irányzat elkülönülése figyelhető meg: egyrésztől beszélhetünk az ún. absztinenciára irányuló kezeléstről, másrésztől pedig az ártalomcsökkentő terápiáról. Amíg az előbbi drogmentességben gondolkodik és a fogvatartottak kábítószerektől való tartózkodását tekinti követendőnek, addig ez utóbbi szerint a drogprobléma felszámolása illúzió. E kettősség a köztudatban érvényesülő szélsőséges felfogásokra vezethető vissza. Az

³⁷⁶ Jürgens, R.-Bils, M.: i.m. 55-57. pp.

³⁷⁷ (WHO, UNODC, UNAIDS): Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Provision of condom and other measures to decrease sexual transmission, 2007. Geneva, 21-23. pp.

egyik ugyanis gyógyítható betegségként kezeli a kábítószer-fogyasztást, így lehetséges célként az absztinenciát, a szermentesség elérését jelöli meg, összhangban az ENSZ-egyezmények szellemiségével.³⁷⁸ Ezzel szemben a másik megközelítés a drogfüggőséget gyógyíthatatlannak tekinti, és azt vallja, hogy a teljes absztinencia nem lehet minden esetben reális célkitűzés. Az ártalomcsökkentő szemlélet érdeme így annak felismerése, hogy azon esetekben, amikor a szermentesség nem valósítható meg, törekedni kell a drogfogyasztó életminőségének javítására és a használattal járó társadalmi károk minimalizálására.³⁷⁹ E prevenciós felfogás így elismeri, hogy számos kábítószerélvező nem tud rövid idő alatt teljesen leszokni a pszichoaktív anyagokról, ezért esetükben a cél az injektáló magatartás biztonságának növelése és az intravénás használat gyakoriságának csökkentése.

A két irányzat közül jelenleg a legtöbb országban a végrehajtási és kezelési politika elsődlegesen továbbra is az absztinenciára koncentrál, így az ártalomcsökkentés nyújtotta lehetőségeket nem aknázzák ki megfelelően.³⁸⁰ Az ártalomcsökkentés, mint drogpolitikai fogalom a kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó ártalmakat kívánja tehát elsősorban csökkenteni és nem magát a használatot megszüntetni.³⁸¹

A később részletesen ismertetett ártalomcsökkentő módszerek bevezetését megtagadó, illetve azzal késlekedő országok leginkább azzal érvelnek, hogy az alkalmazást biztonsági tényezők gátolják és a fogvatartottak számára történő hozzáférhetővé tételük a drogfogyasztás börtönbeli elismerését, jóváhagyását jelentené. Ténykérdés, hogy a börtönök alapvető funkciója a közbiztonság védelme, ugyanakkor az egészségügyi feladatok ellátásának, a különféle fertőzések megelőzésének kötelezettségével közegészségügyi feladatokat is el kell, hogy lássanak. E két tényező összeegyeztetése, közöttük a helyes arányok megtalálása alapvető igényként fogalmazható meg.

A szakirodalom áttanulmányozása után³⁸² arra a következtetésre jutottam, hogy az ártalomcsökkentő kezdeményezések alkalmazása, a fogvatartottak egészségvédelme nem jár

³⁷⁸ Az ENSZ hivatalos drogstratégiája alapján az illegális drogokkal való együttélés lehetetlen, a helyes drogpolitikai célkitűzés a teljes kiirtásuk lehet. Ebben a szellemben hívták életre az ENSZ 1961-es, 1971-es és 1988-as kábítószerügyi konvencióit és ült össze 1998-ban az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsának közgyűlése (UNGASS). Itt az elkövetkező 10 év (1998-2008) globális drogstratégiáját arra építették fel, hogy a különféle kínálat-és keresletcsökkentő technikák alkalmazásával megszüntetik az illegális drogok termelését, kereskedelmét és fogyasztását a világon.

³⁷⁹ Bővebben: *Demetrovics Zsolt*: Drogproblémák – kérdések, válaszok, félreértések. Természet Világa. CXXXIV. 2003. II. Különszám. 2003. szeptember

³⁸⁰ *Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.*: Substitution treatment in european prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries. London, Cranstoun Drug Services Publishing 2004, 46. p.

³⁸¹ *Rácz József*: Ártalomcsökkentő drogpolitika. Magyar Tudomány 2005/8. 1010. p.

³⁸² Lásd például: *Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.*: Substitution treatment in european prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries. London, Cranstoun Drug Services

szükségszerűen együtt a börtönök biztonságának gyengülésével, csökkenésével. Másrésről ezen prevenciós eszközök alkalmazása nem kizárólag a fogvatartottak fertőzésekkel szembeni védelmét szolgálja, hanem börtönkörnyezetbe történő bevezetésük egyértelmű előnyökkel jár nemcsak a végrehajtási személyzet, hanem az egész társadalom számára.

A bevezetéssel késlekedő, azt elutasító államok részéről a másik ellenérv, hogy az ártalomcsökkentő kezdeményezések ahelyett, hogy felszámolnák az illegális tevékenységeket (például a drogfogyasztást, a tetoválást) szentesítik azok alkalmazását. Nem nehéz belátni milyen ellentmondásokat rejt magában, ha például a tilalmazott tetoválásokhoz, injektló drogfogyasztáshoz a büntetés-végrehajtás biztosít steril eszközöket. A társadalom számára ilyenkor a végrehajtó hatóságok egyrészt elhanyagolják biztonsági feladataik ellátását (nem akadályozzák meg például a kábítószer beáramlását és használatát), ezen túlmenően pedig mintegy legalizálják ezeket az illegális magatartásokat. Az ártalomcsökkentő módszerek mellett kardoskodók véleménye szerint alapvető szemléletváltásra lenne szükség annak megértéséhez, hogy ezen prevenciós eszközök kizárólag a fertőzések transzmissziójának megelőzését célozzák és nem jelentik az egyébként tilalmazott magatartások végrehajtás által történő jóváhagyását, jogként való elismerését. Ezt a gondolatmenetet követve bevezetésük, fogvatartottak számára hozzáférhetővé, elérhetővé tételük nem összeegyeztethetetlen a drogfogyasztás csökkentésére irányuló törekvésekkel. Sőt a tűcsere-programok, valamint a szubsztitúciós kezelések hatásvizsgálataiból az derül ki, hogy bevezetésükkel az injektló drogfogyasztás és az eszközök megosztott használatának visszaszorulását idézték elő.

Ténykérdés továbbá, hogy a fogvatartottaknak korlátozott lehetőségeik vannak egészségük védelmére, és az állam, illetve a büntetés-végrehajtás feladata a fogvatartottak egészségvédelmének biztosítása. Egyes szerzők ebből a szemszögből kiindulva az ártalomcsökkentő kezdeményezések alkalmazásának visszautasítására úgy tekintenek, azt úgy értelmezik, mint a fertőző betegségek terjedésének szentesítését, jóváhagyását a végrehajtás által.³⁸³

Egyébiránt a drogproblémának Európában 3 megközelítése terjedt el. A terápiás modell például betegségként tekint a drogfüggőségre, és a kezelésre koncentrál. A társadalmi kontroll felfogása már egy kábítószermentes társadalomban gondolkodik, míg a harmadik a kárkorlátozó megközelítés társadalmi valóságként kezeli a drogfogyasztást és arra irányul,

Publishing 2004.; Kerr, T.-Jürgens, R.: Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence. 2004., Kerr, T.-Jürgens, R.: Syringe exchange programs in prisons: reviewing the evidence. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2004.

³⁸³ Jürgens, R.: HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. I.m.: 10-12. pp.

hogy a kábítószerélvezőt ártalmak nélkül, vagy legalábbis a lehető legkisebb kár mellett segítse át ezen a perióduson. A legtöbb országban a három felfogás keveredése jellemző.³⁸⁴

Az ártalomcsökkentés legfontosabb vonásai négy pontban foglalhatók össze: jellemző ismérve a *pragmatizmus*, a *humán értékek*, az *ártalmakra összpontosítás*, és a *célok hierarchiája*. Az elsőként említett *pragmatizmus* lényege, hogy az ártalomcsökkentés szemlélete elfogadja miszerint bizonyos esetekben a pszichoaktív szerek használata elkerülhetetlen és a társadalomban elvárt egy bizonyos szintű szerfogyasztás. A *humán értékek* alapján az alkohol és drogfogyasztók döntése saját választásukon alapul, így az ártalomcsökkentés erkölcsileg nem ítéli el, de nem is támogatja a szerhasználatot, emellett respektálja az alkohol-és drogfogyasztók jogait és méltóságát. A fogyasztás méretei másodlagos jelentőségűek azokhoz az ártalmakhoz képest, melyek a használatból következnek, azaz ez a szemlélet az *ártalmakra koncentrál*. Végezetül a negyedik jellemvonás alapján a legtöbb ártalomcsökkentési programban a *célok hierarchikusan* épülnek fel, és elsőként a legsürgetőbbet kell megcélozni.³⁸⁵

A Világ Egészségügyi Szervezet megfogalmazása szerint a kábítószer injektálással összefüggésben az ártalomcsökkentés egy olyan átfogó beavatkozás eleme, melynek célja a nem steril injektáló eszközök és készítmények használatával járó HIV és egyéb fertőzések terjedésének megelőzése. A végrehajtási intézmények vonatkozásában pedig bizonyos magatartásformákkal (pl. drog injektálás) és magával a szabadságvesztéssel, illetőleg a túlszűfolttsággal járó negatív egészségügyi hatások megelőzése és csökkentése jelenti az ártalomcsökkentés módszerét. E közegészségügyi intézkedés jelentősége abban rejlik, hogy az intravénás drogfogyasztás során az eszközök megosztott és újbóli felhasználása a HIV és a hepatitis fertőzések transzmisszióját segíti elő, ezek megfékezése pedig alapvető közegészségügyi érdek. Az ártalomcsökkentés célja az intravénás és egyéb problematikus drogfogyasztók számára segítséget nyújtani az e tevékenységekkel járó negatív egészségügyi hatásokkal szemben, csökkenteni a fertőzésveszélyt és javítani nemcsak az egyén, hanem a tágabb közösség egészségügyi és szociális státuszát is. Itt jegyezném meg, hogy bár prioritást elsősorban a kábítószer-függőség és különösen az intravénás drogfogyasztás élvez, az ártalomcsökkentés koncepciója alkalmazható egyéb börtön-egészségügyi problémák, így például az alkoholfüggőség és a nem biztonságos szexuális tevékenység kezelése esetén is.

³⁸⁴ (WHO) Status paper on prisons, drugs and harm reduction. 2005. 5-7. pp.

³⁸⁵ Thomas, G.: Harm reduction policies and programs for persons involved in the criminal justice system. In: Harm Reduction for special populations in Canada. Ottawa, 2005. 1. p.

Tradicionálisan a drogfogyasztással összefüggésben számos országban az ún. „zéró-tolerancia” gyakorlata és filozófiája érvényesült, illetve érvényesül jelenleg is. Szigorú biztonsági intézkedéseket érvényesítettek a kábítószer-kínálat csökkentése érdekében, a drogfogyasztás egyre súlyosabb büntetéseket vont maga után és gyakorta előtérbe kerültek a „jog és rend” megoldásai a közegészségügyi problémákkal szemben. A HIV és a hepatitis fertőzés veszélyei miatt azonban idővel a zéró-tolerancia felfogás korlátozása fogalmazódott meg. Felismerték, hogy a fertőző betegségek transzmissziójának és a túladagolásból eredő halálozásoknak a megelőzése sokkal sürgetőbb, mint véget vetni az illegális drogfogyasztásnak. Ez vezetett olyan egészségügyi programok bevezetéséhez és végrehajtásához, amelyek lehetővé tették az injektló kábítószer-fogyasztók számára, hogy a fertőzésveszély csökkentése mellett folytathassák az illegális használatot. Ezen ártalomcsökkentő kezdeményezések ilyenformán pragmatikus reagálások voltak az intravénás droghasználatra és a HIV, valamint a hepatitis veszélyére.³⁸⁶

Napjainkban a világ számos országában olyan ártalomcsökkentő kezdeményezéseket is megfigyelhetünk, mint például az ún. belövőszobák üzemeltetése. Európában jelenleg Svájcban, Németországban, Hollandiában, Spanyolországban és Norvégiában működnek ilyen biztonságos kábítószer-fogyasztási szobák. Felállításukkal legfőbb célkitűzéseik a HIV és hepatitis fertőzések megelőzése, a túladagolások prevenciója, a droghalálozások csökkentése, valamint kapcsolatteremtés olyan emberekkel, akiket másként nem lehet elérni.³⁸⁷

Ahogy arra már utalás történt az ártalomcsökkentés eszközei sorában többek között megtaláljuk a fertőtlenítő eszközök és óvszerek szétosztását, steril tűk biztosítását, azaz a tűcsere-programokat, a szubsztitúciós kezeléseket, az érintettek tájékoztatását, oktatását. E módszerek végrehajtásban történő alkalmazását a már többször hivatkozott 1993-as WHO Irányelv szorgalmazta elsőként. E kérdéskörhöz kapcsolódóan a legprogresszívebb nézeteket a 2004-ben elfogadott *Dublini Deklaráció* tartalmazza.³⁸⁸ Az ajánlás preambuluma felhívja a figyelmet arra, hogy az országok többségében a megfelelő prevenciós intézkedéseket a HIV/AIDS járvány végrehajtási intézetekben történő megfigyelésére annak ellenére nem vezették be, hogy más végrehajtási rendszerekben már alkalmazták azokat, és hatékonyak

³⁸⁶ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.: Prison needle exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004. 12-13. pp.

³⁸⁷ Bővebben: Takács István Gábor: Konsumraum Nidda 49 – az ártalomcsökkentés frankfurti példája II. Addiktológiai Fórum, 2005/4. 370-382. pp.

³⁸⁸ Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia. Prison Health is Public Health, Dublin 2004.

bizonyultak. A deklaráció alapelveként rögzíti, hogy a HIV/AIDS elleni küzdelemben a végrehajtási és az egészségügyi politikát is az ártalomcsökkentés alapjaira kell felépíteni. A Moszkvai Deklaráció filozófiáját követve kimondja, hogy a jó börtön-egészségügy alapvető jelentőségű a jó közegészségügy szempontjából. Felismeri, hogy a fogvatartottak egészségének megóvása és a fertőzések transzmissziójának csökkentése egyúttal a börtönszemélyzet egészségének megőrzését is szolgálja. Leszögezi, hogy számos országban komoly gondot jelent a HIV, illetve az AIDS, ezért az államokat a járvány elleni küzdelemben együttműködésre szólítja fel. A fogvatartottaknak joguk van megvédeni magukat a HIV fertőzéssel szemben, illetőleg a fertőzött személyek joga kiterjed az újrafertőződés, valamint a hepatitis vírussal és a tbc-vel történő együttfertőződés elleni védelemre. Megfogalmazásra került a fertőzéssel összefüggő kezelések és terápiák megismerésének és visszautasításának joga. A dokumentum alapján a fogvatartottaknak joguk van az önkéntes és anonim szűréshez, valamint a szűrést megelőző és követő tanácsadáshoz, továbbá a szabadulás utáni utógondozáshoz. A fertőzésben, illetőleg a betegségben szenvedők számára biztosítani kell, hogy stigmák, diszkrimináció és erőszak nélkül élhessenek az elítélés tartama alatt.

Stöver-Hennebel-Casselmann: Szubsztitúciós kezelések az európai börtönökben³⁸⁹ című alapmunkájukban kifejtik, hogy az ártalomcsökkentés szükségessége a büntetés-végrehajtásban az emberi jogok és a közegészségügyi alapelvek együttesére épül. Így nézetük szerint egyrészt a fogvatartottak emberi jogához tartozik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés (legalább olyan fokban, mint a börtönön kívül), másrészt közegészségügyi alapelv, hogy az egyén mindazon ismeretek és lehetőségek birtokában legyen, melyek egészségének fenntartását és javítását szolgálják. Ezeket az alapelveket tehát a börtönökben folytatott ártalomcsökkentési programok során a hatóságoknak érvényesíteniük kellene.

A gyakorlati tapasztalatok ezzel szemben azt mutatják, hogy az egyenlő egészségügyi szolgáltatás biztosításának alapelvét, amely ugyanolyan egészségvédő, és megőrző ellátást szorgalmazna a végrehajtási közegben, mint a társadalomban, nagyon sok esetben nem alkalmazzák és a különböző WHO ajánlások sem kerülnek végrehajtásra. Ennek egyik oka lehet, ha eltérő kormányzati szervek látják el a drogfogyasztók egészségügyi ellátását a társadalomban és a végrehajtási intézetekben, ezáltal a kezelés folyamatossága kérdésessé válhat.³⁹⁰

³⁸⁹ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselmann, J.: Substitution treatment in european prisons. A study of policies and practies of substitution in prisons in 18 European countries. London, Cranstoun Drug Services Publishing 2004.

³⁹⁰ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselmann, J.: i.m. 24. p.

A börtönbüntetés alternatívájaként a kábítószer-fogyasztóknak szóló rehabilitációs programok létrehozását és az ártalomcsökkentő intézkedések hozzáférhetőségének növelését szorgalmazza az *EU parlament 2004. decemberében elfogadott határozata is a jövő drogstratégiájáról*.³⁹¹

A vonatkozó szakirodalom áttanulmányozása után arra a következtetésre jutottam, hogy a gyakorlatban a legtöbb ország a végrehajtási intézetbe történő befogadáskor informálja ugyan a fogvatartottakat az ártalomcsökkentésről, de az információk gyakorta minimálisak és nem kielégítőek. A megelőzés eszközei fontos elemei az ártalomcsökkentés stratégiájának, de nem kapnak elég prioritást. Például Németországban azon tény ellenére is, hogy a HIV/hepatitis fertőzés szempontjából az injektló drogfogyasztás a domináns (a HIV és/vagy hepatitis B, C pozitív fogvatartottak több mint 90%-a injektlja a kábítószer vagy ilyen múlttal rendelkezik) a német büntető igazságszolgáltatási rendszer absztinencia-alapokra helyezkedik, drogmentes börtönszárnnyakban, tanácsadásban gondolkodik. A később tárgyalandó szubsztitúciós kezelések a legtöbb németországi börtönben megtalálhatók ugyan, de erősen lokációhoz kötöttek: míg az északi tartományokban általánosak, addig délen ritkák.³⁹² A tüssere-programok jövőbeli bevezetését fontolgató államok mellett pedig jelenleg még többségben vannak azon országok, akik a megelőzés helyett inkább a kábítószer iránti kereslet csökkentését igyekeznek elérni.³⁹³ Ellenpéldaként említhető Spanyolország, ahol a büntetés-végrehajtás átfogó absztinencia programokat és drogkezeléseket alakított ki, ugyanakkor hivatalosan elismerték, hogy nem minden drogfogyasztó esetén megoldás a szermentességre törekvés. Ennek nyomán kerültek bevezetésre és kaptak helyet a tüssere-programok és a helyettesítő kezelések is.

Az Európai Unió 2004. május elseje előtti 15 tagállamának többségében kidolgozták az ártalomcsökkentés irányelveit, de ezek nem kerültek átültetésre, alkalmazásra a büntetés-végrehajtásban. Általánosságban elmondható, hogy a HIV prevenciós stratégiák – az oktatástól eltekintve – ritkán fordulnak elő a börtönökben. Egyedül csak Spanyolországban állnak rendelkezésre valamennyi börtönben az ártalomcsökkentő szolgáltatások. A 15 országból 8-ban valamennyi börtönben elméletileg elérhetők a vérvételek, a védőoltási programok és a fertőtlenítő eszközökhöz való hozzáférés. Ezekről a szolgáltatásokról ugyanakkor a fogvatartottakat vagy nem tájékoztatják (például a hepatitis vakcinákról), vagy

³⁹¹ Az EU Parlament 2004. december 13-án elfogadott határozata

³⁹² Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. 25-26.p.

³⁹³ Bővebben: Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries...2004. i.m. 55-64. pp.

azok használatára (mint a fertőtlenítéshez a fertőtlenítő eszközök helyes alkalmazására) nem oktatják ki az érintetteket.³⁹⁴

VIII.4.2. A fertőtlenítő felszerelés, mint ártalomcsökkentési módszer

Fertőtlenítő programok bevezetésére, azaz sterilizálásra alkalmas vegyületek biztosítására elsőként a civil szférában San Franciscóban került sor 1986-ban az injektáló drogfogyasztók HIV transzmissziójának csökkentése érdekében. 1986. és 1990. között az injektáló eszközöket fertőtlenítőszerrel tisztító személyek aránya 31%-ról 75 %-ra emelkedett. Ezzel párhuzamosan a HIV előfordulása az injektáló drogosok között 14%-ról 9%-ra csökkent.³⁹⁵

A fertőtlenítőszer, a tűk és fecskendők, tetováló berendezések újrafelhasználásából, illetve közös használatából eredő HIV fertőzés csökkentésének prevenciós eszközei olyan esetekben, amikor más biztonságosabb lehetőségek (pl. steril tűk, fecskendők) nem állnak rendelkezésre. Önmagukban azonban nem elégségesek, mivel nem eredményeznek teljes védelmet sem a HIV, sem pedig a hepatitis vírusokkal szemben. Járulékos intézkedésként ugyanakkor segítik a prevenciós programok eredményességét. Emellett, tekintve, hogy a kábítószer injektálása illegális tevékenység, a fogvatartottak a lebukástól való félelmükben e magatartással és a tisztítással is általában sietnek. A fertőtlenítés pedig több időt vesz igénybe, mint amivel a legtöbb fogvatartott rendelkezik. Ugyanakkor mégis elősegíthetik a higiénias szabályok betartását és alkalmazásuk például a tetoválással járó bakteriális fertőzések elkerülése érdekében feltétlenül indokolt.³⁹⁶

A nemzetközi dokumentumok közül a fertőtlenítésre szolgáló anyagok elérhetővé tételét az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának R (93) 6. számú ajánlása is szorgalmazza. E dokumentum leszögezi, hogy „a prevenció megköveteli az olyan egészségügyi oktatási programok bevezetését és fejlesztését, amelyek magukba foglalják az injektáló felszerelés fertőtlenítéséről vagy egyszeri használatáról szóló ismeretek terjesztését. A fogvatartottak számára elérhetővé kell tenni a fertőtlenítő anyagokat, nemcsak a fertőző megbetegedések elleni védelem, hanem a higiénia szabályainak betartása miatt is.” (18. pont)

A bevezetés ellen kardoskodók véleménye szerint a fertőtlenítés és az injekciós eszközök tisztítására vonatkozó információk bátoríthatják az injekciós droghasználatot és a

³⁹⁴ (WHO) Status paper on prisons, drugs and harm reduction. 2005. 8. p.

³⁹⁵ Rutter, S. – Dolan, K. – Wodak, A. – Heilpern, H.: Prison-based syringe exchange programs. A review of international research and program development. (Technical Report No. 112), 2001. 17. p.

³⁹⁶ (Canadian HIV/AIDS Legal Network) Prevention: Bleach. HIV/AIDS in prisons 2004/2005.

személyzet ellen fegyverként is felhasználhatók. A gyakorlati tapasztalatok azonban ezt a feltevést nem támasztják alá. A fertőtlenítő szerek tetováláshoz történő biztosítása – lévén maga a tetoválás is jobban elfogadott, mint a kábítószeres injekciók használata – feltehetőleg könnyebben kap szabad utat, mint intravénás drogfogasztás kapcsán való felhasználásuk. Tekintettel arra, hogy a fertőtlenítő felszerelések számos börtönben higiéniai okokból (az illemhelyiségek tisztításának céljából) már jelen vannak, így azok bevezetése általában nem okoz nehézséget.³⁹⁷ Emellett, tekintve, hogy ellentétben a tűcserével kevesebb biztonsági aggály fogalmazódott meg alkalmazásuk kapcsán, így évről évre nő azon büntetés-végrehajtások száma (1992-ben 28%, 1997-ben 50%), melyek a fogvatartottak számára biztosítják a fertőtlenítő eszközöket (pl. jódot, szódium hipokloritot, nátrium hipokloritot).³⁹⁸

Közép-Kelet Európában Bulgária, hazánk, Románia és Szlovákia nem alkalmazza az ártalomcsökkentés ezen módszerét, míg más országok igen. Lettországból az AIDS Központ által szervezett projekt során nyílt lehetőség a fertőtlenítő eszközök biztosítására. A program végeztével ugyanakkor befejeződött az eszközök szétosztása is. Észtországban az egészségügyi részleg végzi a fertőtlenítő felszerelés fogvatartottak közötti szétosztását. Litvániában szintén biztosított az eszközök elérhetősége a rabok számára. Szlovéniában ugyanakkor anyagi okok miatt korlátozott a fertőtlenítő felszerelések alkalmazása.³⁹⁹

Megjegyezhető továbbá, hogy a fertőtlenítő eszközökre vonatkozó rendelkezéseket érvényesítő országokban ezen prevenciók módszer gyakorta nem társul ártalomcsökkentő információkkal az injekció berendezések tisztítására vonatkozóan. Az eszköz biztosítása ellenére tehát a megfelelő használat ismeretlen marad a fogvatartottak számára.⁴⁰⁰

Európán kívül a fertőtlenítéshez szükséges eszközök biztosítása jellemző még a legtöbb kanadai végrehajtási intézetben és számos ausztráliai börtönben is.⁴⁰¹

Kanadában a büntetés-végrehajtási szolgálat a fertőtlenítéshez szükséges szerek elérhetőségének biztosítása mellett kidolgozta és irányelvbe foglalta ezen ártalomcsökkentési módszerrel összefüggő legfontosabb kérdéseket. A fertőtlenítő szerek szétosztása címet viselő irányelvben így többek között megtaláljuk a szer erősségére, a fertőtlenítő csomag tartalmára, szétosztására, az oktatásra, a biztonsági óvintézkedésekre vonatkozó rendelkezéseket. Az

³⁹⁷ (UNAIDS) Prisons and AIDS: UNAIDS point of view, 1997. 6-7. pp.

³⁹⁸ Jürgens, R.-Bils, M.: i.m. 58-59. pp.

³⁹⁹ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries...2004. i.m. 66. p.

⁴⁰⁰ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries...2004. i.m. 10. p.

⁴⁰¹ Bővebben: Lines, R.: Action on HIV/AIDS in prisons: Too little, too late – a report card. Montreal, 2002. és Dolan, K.: The epidemiology of hepatitis C infection in prison populations. National Drug and Alcohol Research Centre, 1999.

irányelv alapján valamennyi újonnan érkező fogvatartott számára a befogadáskor a recepción biztosítani kell a fertőtlenítő csomagot, illetve a csomagot ajánlani kell másik végrehajtási intézetbe történő átszállítás esetén is. A fertőtlenítő csomag fogvatartottak számára történő szétosztása alól a normaszöveg három irányban fogalmaz meg kivételeket. Így egyrésztől nem engedélyezett az eszköz alkalmazása, ha feltehető, hogy a fogvatartott nem képes megérteni a fertőtlenítő szer használatára vonatkozó szabályokat. Másrésztől, ha arra lehet következtetést levonni, hogy az eszközzel akár saját magában tenne kárt, vagy másnak okozna sérülést. Végezetül nincs helye az ártalomcsökkentő csomag szétosztásának speciális biztonsági követelmények esetén, például az ún. Speciális Kezelési Egységekben.

Az irányelv rögzíti, hogy felhasználásra teljes erősségű (5,25% és 7% közötti) háztartási fertőtlenítőszer kerüljön. A használatra vonatkozó szabályok ismertetésének, azaz a fogvatartottak ezirányú oktatásának már a befogadáskor eleget kell tenni, emellett az írásos tájékoztatásokat ki kell függeszteni lehetőség szerint az egészségügyi központokban, a könyvtárakban, a látogatásokat, valamint a családi együttléteket lebonyolító helyiségekben.

Végezetül az irányelvhez kapcsolt melléklet a használattal összefüggő óvintézkedéseket tartalmazza, illetve szól az elsősegély-nyújtás vonatkozó szabályairól annak függvényében, hogy a szer lenyelésére, injektálására, belélegzésére került-e sor, avagy a fertőtlenítő folyadék a szemmel, vagy a bőrrel érintkezett.⁴⁰²

Itt említeném meg, hogy Ausztráliában 1993. előtt a tűk tisztítására vonatkozó irányelvekben még az ún. 2X2X2 metódust szorgalmazták. Ennek lényege, hogy az injektáló eszközök tisztítását 2-szer vízzel, majd 2-szer fertőtlenítőszerrel, majd ismételten 2-szer vízzel kell végezni. A módszer hatékonyságát 1993-ban egy kutatás keretében vonták kétségbe. Ezt követően az irányelvek már azt ajánlják, hogy az injektáló eszközöket teljes erősségű fertőtlenítőszerbe kell beáztatni minimum 30 másodpercre. Több időre van szükség a fertőtlenítéshez azokban az esetekben, amikor hígított szer áll rendelkezésre. 10%-os erősségű fertőtlenítőszer esetén például a beáztatásnak 2 óra tartamúnak kell lennie.⁴⁰³

Kanadára visszatérve a tücsere-programok büntetés-végrehajtási bevezetését szorgalmazó egyik szervezet az Ontariói Orvosi Társaság egy helyzetelemző tanulmányában többek között azt a kérdést járta körül, hogy a fertőtlenítő szerek, illetve a később bemutatásra kerülő metadon fenntartó programok egyedül, a tücsere együttes alkalmazása nélkül, képesek-e hatékony ártalomcsökkentésre. Dokumentumukban a fertőtlenítő szerek biztosításának korlátait összegezték. Így leszögezték, hogy a fertőtlenítő szerek alkalmazása nem nyújt

⁴⁰² Corectional Service Canada: Guidelines 821-2. Bleach distribution.,2004. 11. 04.

⁴⁰³ Rutter, S. – Dolan, K. – Wodak, A. – Heilpern, H.: i.m. 17. p.

hatékony védelmet a HIV, valamint a hepatitis C vírussal szemben. Emellett számos fogvatartott nem tudja, vagy nem gyakorolja az injektló eszközök tisztításának megfelelő módszerét. Utaltak arra, hogy a hatékony használatot az időbeli korlátok jelentősen visszavetik. Végezetül a tűcseréhez kapcsolódó egészségügyi előnyök (például a túladagolások megszűnése, redukálása) a fertőtlenítő szerek önmagukban történő alkalmazása esetén nem biztosítottak.⁴⁰⁴

A fertőtlenítő szerek büntetés-végrehajtási alkalmazása a fentiek tükrében akkor lehet eredményes, ha teljes erősségű háztartási fertőtlenítőszerrel biztosítanak a fogvatartottaknak, mégpedig úgy, hogy azok elérhetősége a börtönök különböző pontjain könnyű és egyúttal diszkrét is legyen. Ugyancsak fontos követelmény, hogy a rabokat pontos információkkal kell ellátni, megfelelő oktatásban kell részesíteni a helyes használatot illetően, és szükséges annak tudatosítása is, hogy a HIV, illetve különösen a hepatitis fertőzésekkel szemben e prevenció eszköz alkalmazása nem nyújt 100%-os védelmet.⁴⁰⁵

VIII.4.3. Steril tűk, fecskendők biztosítása: tűcsere-programok a büntetés-végrehajtásban

A tűcsere kifejezés alatt egyrészt az elhasznált, felhasznált tűk sterilre történő cseréjét értjük, másrészt e fogalom irányadó azon esetekben is, amikor steril tűk csere nélküli szétosztására kerül sor.⁴⁰⁶ A tűcsere, mint gyűjtőkategória emellett felöleli mindazon ártalomcsökkentő beavatkozásokat, melyek arra irányulnak, hogy a fertőzést hozó eszközöket eltávolítsák a használatból és a fertőzés terjedését megelőző eszközöket bocsássanak rendelkezésre. A steril tűk, fecskendők biztosítása mellett az ártalomcsökkentő stratégia részeként a programon belül a bőr fertőtlenítésére szolgáló törlőkendők, óvszerek is szétosztásra kerülnek.

A tűcsere-programok legfőbb törekvése a steril tűk minél nagyobb számban való biztosítása az intravénás droghasználóknak és ezzel összefüggésben az injektláshoz szükséges eszközök (közös tű, fecskendő, főzőedény) megosztott használatából fakadóan a vér és más testnedvek útján terjedő fertőzések veszélyének megfékezése. Számos országban ugyanis a társadalomban és a börtönkörnyezetben is szoros kapcsolat figyelhető meg az

⁴⁰⁴ (Ontario Medical Association): i.m. 8. p

⁴⁰⁵ Stöver, H. – Weilandt, C.: i.m. 103. p.

⁴⁰⁶ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. 2. p.

injektáló drogfogyasztás és a veszélyes injektáló gyakorlat, valamint a HIV és a hepatitis vírus között. A HIV, és a hepatitis C, illetőleg B fertőzések mellett a nem megfelelő injekciós gyakorlatokhoz kapcsolódó bőrgyógyászati és sebészeti szövődeményekkel is számolni kell.⁴⁰⁷ A közös eszközhasználat mellett a szövődemények forrása lehet a sterilitással kapcsolatos ismeretek hiányából adódó gyakorlat, például a bőr fertőtlenítésének elmaradása.

A tűcserét pártolók véleménye szerint a programok alkalmazása, steril injekciós eszközök biztosítása mindazon esetekben indokolt, amikor a fogvatartottak drogokat fecskendeznek be, és ez az egyik leghatásosabb prevenciós beavatkozás, ami az intravénás droghasználók számára ajánlható. Egyes vélemények szerint a fertőtlenítő eszközök biztosítása a fogvatartottak számára egyszerűbb és kevésbé vitatott is, mint a tűcsere alkalmazása. A fertőtlenítő eszközök fontosságának elismerése mellett ugyanakkor ismételt szükséges hangsúlyozni, hogy azok a hepatitis C ellen nem annyira hatékonyak, ezért önmagukban nem elégségesek. Figyelembe kell venni továbbá azt a körülményt is, hogy a fogvatartottak gyakorta olyan eszközökből készítenek tűket mint például golyóstollak, illetve esetenként a hagyományos tűket alakítják át annak érdekében, hogy könnyedebben elrejtthessék azokat. Ezekben az esetekben a „tűk” hatékony fertőtlenítése méginkább problémásnak tekinthető. A steril, korábban nem használt tűk és fecskendők így sokkal nagyobb biztonságot jelentenek, mint az intravénás drogfogyasztáshoz már felhasznált eszközök fertőtlenítése.⁴⁰⁸

Azon tény ellenére, hogy a végrehajtási közegben a drogfogyasztás, birtoklás illegális tevékenység és a börtönök lépéseket tesznek a drogok intézményekbe történő bekerülésének megelőzésére, az is ténykérdés, hogy a drogok a fogvatartottak számára elérhetőek, megszerezhetőek. A szabad társadalomhoz hasonlóan a kábítószeres jelenlétének oka, hogy a drogoknak ebben a közegben is „piaca” van, és eladásukkal pénzhez lehet jutni.

Számos országban a börtönnépesség szignifikáns növekedésének, a börtönök túlszűfolttségének hátterében nagyrészen az a büntetőpolitika áll, mely az illegális drogok előállítóival, kereskedőivel, fogyasztóival szemben személyi szabadság elvonását kívánja meg. Így a kábítószer-fogyasztás elleni jogi tilalmak, rendelkezések nyomán jelentősen megnőtt a szabadságvesztés büntetésre ítélek száma. Mind több drogfogyasztó került tehát végrehajtási intézménybe, akik jelentős része a bebörtönzést megelőzően már kábítószerfogyasztó múlttal rendelkezett és a büntetés tartama alatt is folytatta a kábítószer-

⁴⁰⁷Lásd még: Gerevich József-Füredi János: A tűcserélés szakmai irányelvei. Letölthető: http://www.tiszanet.hu/~jhonti/hungarian/tcsere_hu.htm

⁴⁰⁸Bővebben: Kerr, T.-Jürgens, R.: Syringe exchange programs in prisons: reviewing the evidence. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2004. 1-7. pp.

használatot. Illetve, bár a kisebbséget alkotják, nem szabad figyelmen kívül hagyni azon fogvatartottakat sem, akik a szabadságvesztés tartama alatt a börtönkörnyezet hatására kezdik el a kábítószer-fogyasztást.

Mivel a tűk, fecskendők becsempészése a börtönökbe sokkal nehezebb, mint a kábítószerké, így ezen eszközök tipikusan hiánycikkek. Az injektló drogosok számára a tűk megosztott, közös használata ezért szinte szükségszerű. Előfordul az is, hogy a fogvatartott ellenszolgáltatás fejében kölcsönzi az eszközt társainak, vagy azt egyedül használja ugyan, de jellemzően több hónapon keresztül megfelelő fertőtlenítés nélkül. Ezen nem biztonságos injektló magatartások így táptalajává válnak a fertőző betegségek kialakulásának, terjedésének.

A nemzetközi tényekből, tapasztalatokból lesűrhető és leszögezhető, hogy az injektláshoz szükséges tűk, fecskendők jelen vannak a legtöbb büntetés-végrehajtásban, egy tű-mentes környezet megteremtése pedig szinte kivitelezhetetlen. Azt kell tehát eldönteni, hogy melyik szituáció elfogadhatóbb, melyik preferálható. Egy olyan, amelyben a tűk, fecskendők száma és fellelhetősége ismeretlen, és köztudottan betegségek melegágyai, vagy egy olyan, ahol a tűcsere-programok révén a körforgásban szereplő tűk, valamint az azokat használó fogvatartottak száma ismert, az eszközök sterilek, vagy legalábbis egy beazonosítható személy használja azokat.⁴⁰⁹

A tűcsere-programok alapgondolata az ártalomcsökkentő drogpolitika részeként, hogy az illegális kábítószer használat ellenére a hangsúlyt a fertőzések megelőzésére kell helyezni. Így amíg a drogok maguk illegálisak maradnak, addig a tűk és fecskendők a hivatalos tűcsere-programok részeként törvényesnek tekintendők. A steril injektló eszközök biztosítása nem jelenti tehát a kábítószer-fogyasztás jogként való elismerését, avagy a droghasználat elnézését a végrehajtás részéről. A legtöbb ember számára azonban egy nehezen érthető és elfogadható paradoxonról van szó: a végrehajtási intézetek az illegális drogfogyasztáshoz biztosítanak eszközöket, sok esetben olyan fogvatartottak számára, akiket kábítószerrel összefüggő bűncselekmény miatt ítélték szabadságvesztésre.

A tűcsere-programok bevezetését szorgalmazók szerint fontos annak tudatosítása, hogy egy pragmatikus és szükséges egészségügyi intézkedésről van szó, amely hatékony védelmet kíván nyújtani a fogvatartottaknak, a végrehajtási személyzetnek és végső soron a társadalomnak. Azzal ugyanis, hogy a HIV pozitív, vagy hepatitis fertőzött fogvatartottak

⁴⁰⁹ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.: i.m. 45. p.

büntetésük lejártával szabadulnak a börtönből a börtön-egészségügyi kérdés szükségszerűen közegészségügyivé lép elő. A tűcsere-programok bevezetése így a börtönkörnyezetben a szabad társadalomhoz képest szükségszerűbb lépésként is értelmezhető. A börtönökben ugyanis a vér útján terjedő fertőző betegségek veszélye megnő, mivel igen nagy számú injektló drogfogyasztó folytatja e tevékenységét a végrehajtási közegben is. Habár az injektlás ebben a környezetben kevésbé gyakori, mint a civil szférában, de egyúttal jóval veszélyesebb is, ami a steril injektló eszközök hiányával, és többek által történő közös használatával magyarázható. Számolni kell továbbá azzal a körülménnyel is, hogy a börtönnépesség gyors változása, körforgása az injektló partnerek gyakoribb cseréjét eredményezi. Ebből adódóan a fertőző betegségek transzmissziója nem tartható a végrehajtási intézetek falain belül.⁴¹⁰

Jürgens érvelése szerint⁴¹¹ a fogvatartottak egészséghez való jogának részét képezik azon intézkedések is, melyek ahhoz szükségesek, hogy az érintettek megvédjék magukat a fertőzésektől. Ezt a gondolatmenetet követve az egészséghez való jog tartalmazza a HIV/hepatitis-fertőzésekkel szembeni egyik leghatásosabb prevenciós módszer, a tűcsere alkalmazását is. A fogvatartottak ezen joga kötelezettségeket ró a hatóságokra, melyek elmulasztásával nemcsak a fogvatartottak, de az egész társadalom egészségét is veszélynek teszik ki.

Itt jegyezném meg, hogy Kanadában a steril tűk és fertőtlenítő felszerelések biztosítása egy 1995-ben készült tanulmányban a fogvatartottak alkotmányos jogaként került megfogalmazásra. A szerző a hozzáférés megtagadását, ami a jelenlegi helyzetet is tükrözi, az alkotmányos jogok megsértéseként értékelte. Kifejtette, hogy a tűcsere alkalmazásának hiánya egyrészt sérti az élethez és a biztonsághoz való jogot (Szabadságjogok Statútuma 7. szakasz), kegyetlen és rendkívüli büntetésként értékelhető (Statútum 12. szakasz), végül érvelése szerint nem teszi lehetővé a diszkriminációtól mentes egyenlő védelemhez való jog érvényesülését sem (Statútum 15. szakasz).⁴¹²

Számos európai ország esetén tisztán felismerhető, hogy a tűcsere-programok alkalmazását elismerik a társadalomban, de nem fogadják el a börtönökben.

A tűcsere-programok végrehajtásba történő átültetése kapcsán 4 alapvető kifogás, hiedelem fogalmazódott meg. Így az ártalomcsökkentés ezen eszközére úgy tekintettek,

⁴¹⁰ Rutter, S. – Dolan, K. – Wodak, A. – Heilpern, H.: i.m.: 1-2. pp.

⁴¹¹ Jürgens, R.: HIV/AIDS in prisons: Final report. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network – Canadian AIDS Society, 1996. 107. p., letölthető: www.aidslaw.ca/maincontent/issues/prisons/

⁴¹² Elliot, R.: Prisoner's constitutional right to steril needles and bleach. Appendix 2 of HIV/AIDS in prisons: A discussion paper. 1996. 1-8. pp.

illetve egyes büntetés-végrehajtások tekintenek jelenleg is, mint amely az erőszak térnyerését teszi lehetővé és a tűk fegyverként való felhasználásának ad teret a végrehajtási személyzettel, valamint a többi fogvatartottal szemben. Az alkalmazhatóság elleni további érv (volt), hogy a drogfogyasztás növekedését idézheti elő, illetőleg olyan személyek is kábítószerélvezővé válhatnak, akik korábban nem használtak drogokat. Felvetődött, hogy e programok bevezetése aláásná az absztinencia-alapú törekvéseket és a drogfogyasztással kapcsolatos egyéb kezdeményezéseket. Végezetül úgy vélték, hogy az adott program sikere ellenére is megkérdőjelezhető lenne egy másik végrehajtási környezetben való alkalmazhatóságuk, adaptálásuk.

A későbbiekben bemutatásra kerülő tűcsere-programokat alkalmazó országok példái valamennyi megfogalmazott érv, ellenvetés cáfolatai. Így egyértelműen leszögezhető, hogy a steril tűk alkalmazása a börtönökben nem jelentett veszélyt a végrehajtási állományra, sőt többek között az ő biztonságukat, egészségvédelmüket is szolgáló intézkedésről volt szó. Felvethető továbbá, hogy ha ezeket az injektáló eszközöket fegyverként akarnák a fogvatartottak használni, azt megtehetnék a nem steril tűkkel is.

Az a felfogás, miszerint a tűcsere-programok előmozdítják a drogfogyasztást, hosszú időn keresztül gátja volt e hatásos és hatékony ártalomcsökkentő intézkedés alkalmazhatóságának úgy a kinti társadalomban, mint a börtönökben. Emellett a végrehajtási közegben további ellenérv lehet, hogy számos fogvatartottat éppen kábítószerrel összefüggő bűncselekmény elkövetése miatt ítélték el. A projektek eredményeit értékelve ez a kifogás szintén elvethető: a steril tűk hozzáférhetővé tétele ugyanis nem növelte a drogfogyasztást, a kábítószeres mennyiségét és az intravénásan adagoló fogvatartottak számát sem. Az a vélekedés pedig, hogy a korábban nem kábítószerélvező fogvatartottak a tűk elérhetősége miatt kezdenek drogfogyasztásba, megdőlt azon tény nyomán, hogy ez a magatartás a tűcsere-programok alkalmazása nélkül is jelen van számos büntetés-végrehajtásban. A tűcsere hívei azzal érvelnek, hogy azok az intézmények, melyek nem teszik lehetővé az elítélteknek a steril eszközökhöz való hozzáférést, a drogfogyasztókat - legyenek azok kábítószeres múlttal rendelkezők vagy a használatot a börtönben elkezdők - az injektáláshoz szükséges tűk közös használatára, illetőleg újrafelhasználására ösztönzik. Ezzel szemben a tűcsere lehetőségét biztosító végrehajtási rendszereknél a HIV, a hepatitis és egyéb fertőző betegségekkel érintett fogvatartottak számának csökkenéséről lehet beszélni.

A gyakorlati példákból az világlik ki, hogy a steril injektáló eszközök biztosítása és egyéb ártalomcsökkentő módszerek alkalmazása nem jelenti a drogfogyasztás elfogadását, elnézését a végrehajtási közegben. A kábítószeres használata, birtoklása, illetőleg eladása

továbbra is tilalmazott, így a végrehajtási személyzet által megtalált drogok elkobzásra kerülnek és erre a sorsra jutnak azok a tűk és fecskendők is, melyek nem részei a tűcsere-programnak.

Optimális esetben a tűcsere-programok egy átfogó ártalomcsökkentési csomag részei az absztinencia-alapú projektek, drogkezelések, a HIV/ hepatitis-oktatás, a szubsztitúciós terápia, óvszerek, fertőtlenítő szerek szétszórása, drogmentes részlegek működése mellett, így a fogvatartottak egészségvédelmét szolgáló egyéb rendelkezéseket nem ássa alá, hanem azokkal együtt is funkcionálhat. A tűcsere-programok és egyéb drogprevenciók, illetőleg intervenciók rendelkezések egymás melletti működésének jó példája Spanyolország, ahol a politikai döntéshozók nyitottabbak voltak a tűcsere-programok végrehajtásban való alkalmazása iránt. Ennek oka, hogy az európai uniós átlagnál itt nagyobb (közel 40%) a HIV előfordulása az intravénás drogosok körében és az AIDS-es megbetegedések 65%-t az intravénás droghasználatra vezették vissza.⁴¹³ A fertőző betegségek megfékezésére irányuló törekvések így könnyebben utat találtak a politikai szférában. A spanyol mintával ellentétben Hollandiában és Angliában például az ártalomcsökkentés egyéb aspektusaira, így különösen az ún. szubsztitúciós terápiára koncentrálnak.⁴¹⁴

A tűcsérét alkalmazó országok többségében az injektáláshoz szükséges steril eszközöket egyébiránt valamennyi fogvatartott számára biztosítják, ezzel szemben ellenpéldaként hozható fel Svájc gyakorlata, mely a drogmentes körleteken élőkét kizárja a programban való részvételből.

Az utolsóként felmerülő ellenérv, hogy a tűcsere csak szűk körű alkalmazást tesz lehetővé, mivel olyan börtönkörnyezetben lehet hatékony, ahol az intézmény kicsi, kevés a fogvatartott és azok női elítéltek, azaz a kevésbé életszerű végrehajtási közegben látták elképzelhetőnek a program megindítását. Kétségtelen, hogy a kezdeti svájci kísérleti projektek kis létszámú elítéltet fogvatartó börtönökben kerültek bevezetésre (Oberschöngrün – 75 fő, Hindelbank – 110 fő fogvatartott), de ezt követően sikeresen funkcionáltak nagy létszámú fogvatartotti állomány esetén is (pl. Madridban a Soto de Real börtön átlagos népessége 1600). Emellett Spanyolországban 2002-től a programot 30 végrehajtási intézetre terjesztették ki, melyeknek nem csak a mérete, hanem a biztonsági szintje is eltérő volt, mégis sikeresen működött valamennyi esetben.

Általánosságban elmondható, hogy a gyakorlati tapasztalatok alapján a program nagyon különböző végrehajtási rendszerekben is életképes lehet. A Nyugat-Európai

⁴¹³ Sárosi Péter: i.m. 378. p.

⁴¹⁴ (WHO) Status paper on prisons, drugs and harm reduction. 2005. 11-13. pp.

börtönökben például az egyszemélyes mellett a viszonylag kis számú fogvatartott közös elhelyezése esetén is hatásosnak bizonyult. Ezzel szemben Moldovában a szegényes végrehajtási feltételek ellenére a barakk-típusú elhelyezésnél (70, illetőleg ennél több fogvatartott él együtt egyetlen helyiségben) is sikeres volt az alkalmazása. Amíg tehát a viszonylag kedvező pénzügyi feltételekkel bíró országokban (Svájc, Németország, Spanyolország) pozitívak voltak a visszajelzések, ugyanez mondható el a szignifikánsan rosszabb anyagi és infrastrukturális háttérrel rendelkező államok (Moldova, Kirgiz Köztársaság, Belorusszia) esetében is. Ehhez kapcsolódóan annyi megjegyzést tennék, hogy a projektek beindítása e három ország vonatkozásában nemzetközi segélyalapoknak volt köszönhető.

A programok eredményeiből az is leszűrhető, hogy a steril fecskendők biztosításának legjobb módja kísérleti projekt keretében való alkalmazásuk és az első évet követően történő kiterjesztésük az adott végrehajtási rendszerben. A programok alkalmazhatók nemcsak a női, hanem a férfi fogvatartottakat fogvatartó nyitott és zárt intézményekben, vizsgálati fogságban lévők, illetőleg elítéltek esetén egyaránt.⁴¹⁵

VIII.4.3.1. A svájci példa

Steril injekciós eszközök fogvatartottak közötti szétosztására elsőként Svájcban került sor 1988-ban a Hindelbank női börtönben, amikor a börtön orvosa a drogfogyasztó fogvatartottak számára tette elérhetővé ezen prevenció eszközt. Miután tevékenysége kitudódott az eszközök további szétosztását betiltották. 1991-ben ugyanebben a börtönben az egészségügyi szolgálat vizsgálata mutatott rá, hogy a fogvatartottak között megfigyelhető a tűk közös használata, illetve, hogy ez a tevékenység jelentős kockázati faktor a HIV fertőzés szempontjából.⁴¹⁶

Ezt követően 1992-ben az Oberschöngrün férfi börtönben következett be a steril tűk szétosztása a kábítószerélvező fogvatartottak között. Az intézet pszichiáttere Dr. Franz Probst számára komoly erkölcsi dilemmát okozott, hogy 70 fogvatartottból 15 rendszeresen intravénásan adagolta a kábítószer, anélkül azonban, hogy megfelelő prevenció intézkedéseket a végrehajtási intézet érvényesített volna. Felismerte, hogy a steril tűk hiánya miatt a fogvatartottak az injektáló eszközök közös használatára kényszerülnek, így kiteszik

⁴¹⁵ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. 44-51. pp.

⁴¹⁶ Paget, D. Z.: Needle distribution in the Swiss prison setting: A breakthrough? Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter 1999/2/3. 60. p.

magukat a vér útján történő fertőzések veszélyének. Ekkor saját felelősségére a börtön egészségügyi részlegéből steril tűket osztott szét az érintettek között. Amikor az intézmény igazgatója erről tudomást szerzett, ahelyett, hogy elbocsátotta volna, meghallgatta az érveit és jóváhagyta a steril eszközök biztosítását és hivatalos támogatást kért a börtönhatóságoktól a program folytatásához. A végrehajtási személyzet idővel ugyancsak felismerte, hogy e lépés saját érdeküket is szolgálja, mivel már nem kellett attól tartaniuk, hogy a tűk utáni kutatás során megsebesíthetik magukat. 1993. óta a személyzet egyetlen tagja sem szenvedett sérülést ilyen okból kifolyólag. A fogvatartottak ugyanis jogszerűen csak a gyógyszeres szekrényükben, egy üvegben tarthatják az intravénás használathoz szükséges és a végrehajtás által szétszított felszerelést.

Dr. Probst évente körülbelül 700 steril tűt osztott ki a fogvatartottak között, melynek költségei mindösszesen 400 svájci frankra tehetők. Ez az összeg pedig jóval kevesebb, mint amivel a hepatitiszes eseteknél számolni kellene. A végrehajtási személyzetben idővel az a meggyőződés alakult ki, hogy a fogvatartottak számára mindig biztosítani kell a steril tűk használatát, ezért alkalmanként az érintettek egynél több injekciós egységet is igényelhetnek, és nem ragaszkodnak a szigorú egy az egyért (egy használtért cserébe kap a fogvatartott egy új, steril egységet) elvhez.

Az Oberschöngrün intézetben a tűcsere program keretében a steril injekciós egységek szétszortásos módozata mellett maradtak meg, és nem alkalmaznak kiadó automatákat. Ennek hátterében két ok áll. Egyrészt a börtön vezetése attól tartott, hogy a férfi fogvatartottak esetleg megrongálják a gépeket, másrészt pedig az érintett fogvatartottak úgy vélték, hogy a Dr. Probstnál való látogatásuk tényleges oka nem tudódik ki, megőrizhetik anonimitásukat, és e hitüket erősítette az orvost terhelő titoktartási kötelezettség is.

A tűcsere program új megközelítése figyelhető meg a másik már hivatkozott svájci végrehajtási intézetben, a női elítélteket fogvatartó Hindelbank Intézetben, ahol szinte valamennyi injektáló fogvatartott másokkal megosztva használta az injektáló eszközt. Ez a tényező nagyban hozzájárult ahhoz, hogy támogatásra találjon a tűcsere-program bevezetése. 1994. júniusában ilyen előzmények után vezettek be egy 1 éves kísérleti AIDS prevenció programot. Ilyen értelemben ez tekinthető az első tudományosan értékelt projektnek. Ennek keretében az intézmény területén 6 diszkrét helyen (tusolók, illemhelyek, raktárhelyiségek) tűcsere-automatát állítottak fel, melyek a használt fecskendők helyett adtak ki sterileket. Amennyiben új elítélt befogadására került sor az intézménybe, akkor egy „mű” fecskendőt adtak a fogvatartottnak, amelynek felhasználásával juthatott hozzá a steril eszközhöz a kábítószer-élvező. Itt jegyezném meg, hogy az elítélt nők többsége kábítószerrel összefüggő

bűncselekményt követett el és 1/3-uk a bebörtönzés előtt heroin-, vagy kokain-fogyasztó volt. Döntő többségük a szabadságvesztés tartama alatt is folytatta a droghasználatot, jellemzően intravénás injekcióval.

Hangsúlyozni kell, hogy ez a kísérleti projekt sem adott zöld utat a kábítószeres illegális fogyasztásának, hanem az volt a fő célja, hogy csökkentse az e tevékenységgel járó egészségügyi kockázatokat. Emellett vizsgálta a steril tűk szétosztásának börtönkörnyezetben való alkalmazhatóságát, elfogadhatóságát valamennyi érintett (a fogvatartottak és a személyzet) számára. Rövidtávon célja a droghasználat ártalmainak csökkentése, valamint a fertőzések és újrafertőzések megelőzése volt. Közép és hosszú távon pedig az új drogfogyasztók számának csökkentését jelölte meg.⁴¹⁷

A program tudományos értékelésének alapvető eszközei a fogvatartottak körében végzett személyes interjúk voltak, melyekre négy kampány során került sor. Elsőként a kísérleti projekt megkezdésekor, majd ezt követően 3, 6, valamint 12 hónap elteltével alkalmazták az interjúkat mindösszesen 161 fogvatartott részvételével. Közülük 137 (85%) legalább egyszer részese volt az információgyűjtésnek.

Ahogy azt az alábbi táblázat⁴¹⁸ is szemlélteti, a program pozitív eredményeket könyvelhetett el: szignifikánsan csökkent az injekció eszközök fogvatartottak közötti közös, megosztott használata, visszaesett a drogfogyasztás, illetve az intravénás kábítószer használat is. Amíg a kísérleti program kezdetén a szerológiai teszteket önként vállaló 94 női fogvatartottból 6 HIV pozitív volt, illetve 45 személynél a hepatitis B-t, 35-nél pedig a hepatitis C-t mutatták ki, addig a következő szűrések alkalmával új HIV vagy hepatitis fertőzőeset nem fordult elő, azaz javult a fogvatartottak egészségügyi státusza is.⁴¹⁹

	A projekt kezdetén	3 hónappal később	6 hónappal később	12 hónappal később
Drogfogyasztás	25 fő	24 fő	12 fő	13 fő
Intravénás drogfogyasztás	19 fő	18 fő	11 fő	9 fő
A tűk megosztott használata	8 fő	4-5 fő	2 fő	1 fő

⁴¹⁷ Jürgens, R.: 55-59. pp.

⁴¹⁸ Forrás: Nelles, J. – Fuhrer, A. – Hirsbrunner, HP. – Harding, TW.: Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? British Medical Journal 1998/317. 271. p.

⁴¹⁹ Jürgens, R.-Bils, M.: i.m. 60-61. pp.

E tényezőknek köszönhetően született döntés a program továbbfolytatása ügyében. A lépés helyességét támasztja alá, hogy 1994. májusa előtt 19 intravénás drogfogyasztóból 8 megosztva használta az injektáló eszközt (kettő közülük egynél több személlyel használta azt közösen), majd 3 hónappal a program bevezetése után ez a szám 4-re, fél év után 2-re, 12 hónap után pedig 1-re csökkent.⁴²⁰ Amíg 2 évvel a program bevezetését megelőzően 1 év leforgása alatt 16 esetben került sor túladagolásra, addig a kísérleti projekt tartama alatt mindösszesen 1 ilyen eset fordult elő. Az arra vonatkozó kezdeti félelmek tehát, miszerint a drogfogyasztás növekedni fog, az eszközöket fegyverként használják a személyzettel szemben, vagy azzal sérülést okoznak, nem igazolódtak be. Ez utóbbiak kapcsán az intézményben már nem követelik meg a fogvatartottaktól, hogy a drogfogyasztáshoz szükséges eszközöket a zárkájukban jól látható helyen helyezték el, de kötelező azokat egy, az egészségügyi részleg által biztosított biztonságos műanyag dobozban tárolni. Mindazon esetekben ugyanis, amikor ezen kívül találják meg a tűt, azt illegálisnak tekintik, és ez szankciót von maga után.

Sajátosságként említhető, hogy a kísérleti projekt első évében 5335 darab fecskendő került szétosztásra (ez napi 0,2 eszköznek felel meg fogvatartottanként), melyek száma azonban 2003-ra éves szinten 350-re esett vissza. A személyzet véleménye szerint a csökkenés hátterében egyrészt a plusz tűk biztosításának gyakorlata áll, másrészt a fiatal fogvatartottak körében általánosságban is visszaesett az intravénás drogfogyasztás, előnyben részesítve például a kábítószeres elszívását.

1996-ban és 1997-ben a tűcsere-programot további két végrehajtási intézetre terjesztették ki Svájcban. A Champ Dollon börtön esetében az oberschöngrün-i modell szolgált alapul, azaz a steril tűk szétosztása az egészségügyi részlegen keresztül történt meg, míg a Realta börtönnél a tűcsere automata alkalmazása mellett döntöttek, amely a működés első 19 hónapjában 1389 fecskendőt bocsátott ki. 1998-ban további két végrehajtási intézményt kapcsoltak be az ártalomcsökkentés ezen eljárásába. Mindkét esetben a steril tűkhöz való hozzáférés a börtön egészségügyi személyzete által volt biztosított. 2000-ben a Saxerriet börtön lett a hetedik a tűcsere programot alkalmazó intézmények sorában.⁴²¹

A svájci példa összességében azt mutatja, hogy a steril tűk, fecskendők fogvatartottak számára való biztosítása nem jelent veszélyt a személyzet irányába, sőt növeli azok

⁴²⁰ 1989. és 1992. között a végrehajtási rendszeren kívül 14 tanulmány vizsgálta a drogfogyasztók körében a steril tűk szétosztásának hatását. Valamennyi a tűk megosztott használatának csökkenéséről számolt be. Lásd: *Jürgens, R.: HIV/AIDS in prisons: Final report.* Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network – Canadian AIDS Society, 1996. 56. p.

⁴²¹ *Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.:* i.m. 22-24. pp.

biztonságát. Megértették, hogy egy pragmatikus egészségügyi intézkedésről van szó. Azáltal ugyanis, hogy a fogvatartottak szabadulásuk után ismét visszatérnek a közösségbe, a hatóságok feladata nem korlátozódik a betegségek gyógyítására, hanem a fertőzések terjedésének megelőzése, az ehhez szükséges lépések megtétele is szükségszerű.

A Szövetségi Igazságügyi Hivatal, melynek feladata a tücsere-program jogi alkalmazhatóságának megvizsgálása volt, arra a következtetésre jutott, hogy a végrehajtási intézetben a drogfogyasztás megállítása csak nagyon szigorú eszközökkel lenne lehetséges, amelyek a liberális büntetés-végrehajtással nem összeegyeztethetők. Ezzel szemben a steril tűkre vonatkozó rendelkezések, valamint a fogvatartottak számára fertőtlenítő eszközök rendelkezésre bocsátása kompatibilis az egészségügyi politikával és alkalmazható prevenciók eljárások.

A hildenbanki program befejezését követően, valamint az oberschöngrüni projekt működése alatt 1997-ben a Szövetségi Igazságügyi Minisztérium hivatalos állásfoglalásban erősítette meg a steril injektló eszközök végrehajtásban történő szétosztásának jogszerűségét és szükségességét. Ebben kifejtette, hogy a börtönhatóságoknak kötelessége a HIV transzmissziójának megelőzése érdekében hatékony intézkedések alkalmazása.⁴²² Ettől kezdődően tehát hivatalos politikai állásfoglalás mondta ki a projektek jogszerűségét, így megkönnyítve az alkalmazáson hezitálók döntését. Ezt követően 1998. márciusában a Svájci Szövetségi Közegészségügyi Hivatal megküldte vonatkozó állásfoglalását valamennyi kantonális egészségügyi és igazságügyi hatóságnak, ajánlva benne a tücsere és az óvszer szétosztó programok integrálását valamennyi börtön esetében. E lépés nyomán nagy számú kanton vitatta meg a kérdést politikai, illetve adminisztratív szinten.⁴²³

Emellett Svájcban az a meggyőződés szilárdult meg, hogy a tücsere-programok bevezetése nem szükséges valamennyi intézetben egyidőben, mivel más börtönökben egyéb intézkedések (például metadon fenntartó-programok alkalmazása, vagy drogmentes egységek kialakítása) hatásosabbak lehetnek, ugyanakkor az intézményekben a tücsere-programokban való részvétel mellett engedélyezhető metadon-fenntartó kezelés alkalmazása is.

Itt jegyezném meg, hogy Svájcban az ártalomcsökkentő kezdeményezések az 1980-as évek közepére nyúlnak vissza. Óvszerek szétosztására a fogvatartottak között elsőként 1985-ben került sor. Négy évvel később higiénias csomagot kaptak a Regensdorfi végrehajtási intézetbe bekerülő elítéltek, amely tartalmazott óvszert, fertőtlenítő szert és instrukciókat a tűk

⁴²² Stöver, H. – Nelles, J.: Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 14. (2003) 437-444. pp.

⁴²³ Paget, D. Z.: i.m. 60-61.pp.

tisztítására vonatkozóan. Ugyanebben az évben az intézmény speciális részlegében metadon fenntartó kezelést vezettek be.

Svájcban a steril injektáló eszközök fogvatartottak számára történő biztosításának egységes modellje sem alakult ki: valamennyi intézmény saját modellt követ. A tűcsere-automaták mellett így megtaláljuk az eszközök egészségügyi szolgálat általi szétosztásának példáit is. Azt, hogy adott intézmény melyik mellett dönt, számos tényező befolyásolja. Ilyen faktorként említhető az intézmény mérete, az intravénás droghasználat kiterjedtsége, a biztonság szintje, az a körülmény, hogy nőket, vagy férfiakat fogvatartó intézetről van-e szó, az egészségügyi személyzet elkötelezettsége, illetőleg a fogvatartottak és a személyzet közötti kapcsolat stabilitása.⁴²⁴

2006-os adat szerint az ország különböző részein a körülbelül 150-re tehető végrehajtási intézetből mindösszesen 7-ben folyik tűcsere-program.⁴²⁵

VIII.4.3.2. A német kísérlet

Részint a svájci sikereken felbuzdulva, részint pedig az egyre inkább terjedő drogfogyasztással összefüggő fertőzésekkel szembeni védelem szükségessége miatt fogalmazódott meg kérdésként, hogy a svájci gyakorlat alkalmazható-e más végrehajtási rendszereknél, vagy egy olyan svájci specialitásról van szó, amely nem ültethető át, nem adaptálható. Az elmúlt évek tapasztalatai azt mutatják, hogy a tűcsere-programok modellje bárhol alkalmazható, az az egészségügyi politikával összeegyeztethető. Így kapott zöld utat a svájci pozitív eredmények nyomán Németországban 1996. áprilisától az első tűcsere-program Alsó-Szászországban. Az előzményekről annyit, hogy Alsó-Szászország igazságügyi minisztere szakértői bizottságot hívott életre, annak megvizsgálására, hogy az olyan kezdeményezések, mint például a tűcsere-programok, eredményezhetik-e a fogvatartottak egészségének javulását. A büntetés-végrehajtásban is kezdett tehát körvonalazódni az a kérdés, hogy az ártalomcsökkentő politika külvilágban elkönyvelt eredményei (csökkentek a drogfogyasztással összefüggő halálesetek, valamint a drogpolitikai költségek, és a kábítószerfüggő személyek egészsége javult a programok révén) a végrehajtási intézetekben is alkalmazhatóak-e. A bizottság ajánlásai szolgáltak így alapjául annak a kormányzati döntésnek, mely a női elítélteket fogvatartó Vechta, valamint a Lingen férfi börtönben

⁴²⁴ Jürgens, R.: HIV/AIDS in prisons: Final report. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network – Canadian AIDS Society, 1996. 60-62. pp

⁴²⁵ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. (Second edition)

alkalmazta elsőként a steril tűk szétszételésére vonatkozó kísérleti projektet. Az igazságügyi minisztérium egy kivételtől eltekintve követte a szakértői bizottság ajánlásait: azon fogvatartottakat ugyanis, akik bekapcsolódtak a metadon szubsztitúciós programba, kizárták a tűcserében való részvételből. A lépés háttérében azon vélekedés húzódott meg, hogy az injektáláshoz szükséges eszközök biztosítása ellentétes lenne a gyógyászati célokkal.⁴²⁶

Ugyancsak 1996-ban indult tűcsere-program Hamburg városában a Vierlande nyitott börtönben is.

A projektbe bekapcsolt három végrehajtási intézetben a steril tűk elérhetőségének különböző módzatait alkalmazták. Így a női elítélteket (felnőtt és fiatalok egyaránt) fogvatartó Vechta börtönben 5 tűcsere-automatát helyeztek működésbe, az intézmény különböző helyein biztosítva az anonim hozzáférést. A Lingen férfi börtön esetén az egészségügyi részleg, valamint a drogtanácsadó szolgálat végezte az eszközök szétszételését. A Vierlande börtönben a két módszer ötvözése jelentkezett: az automaták mellett egy külső szervezet osztott szét tűket a fogvatartottak között, emellett sor került tanácsadásra és a személyzet szakképzésére is.

A Vechta végrehajtási intézetben a tűcsere egy átfogó HIV prevenciós program eleme volt, amely tartalmazta még a fogvatartottak oktatását, tanácsadást, az ártalomcsökkentésre és a biztonságos szexuális kapcsolatokra vonatkozó információkat, a metadonhoz való hozzáférést és külső szervezetek bevonását. Az intézménybe történő befogadáskor valamennyi elítelt az egészségügyi személyzettől tájékoztatásban részesült, amely kiterjedt a tűcsere-programokban való részvétel részleteire. A fogvatartottat egészségügyi vizsgálatnak vetették alá, és aktájában dokumentálták drogfogyasztói múltját. Ezt követően kerülhetett csak sor a programban való tényleges részvételre. A tűcsere automaták itt az egy az egyért elven működtek, azaz a felhasznált tűt be kellett helyezni az automatába, ahhoz, hogy steril tűt adjon ki helyette. Az automatákat az egészségügyi személyzet napi rendszerességgel feltöltötte. Az első alkalommal - hasonlóan a svájcihoz – a program résztvevői egy „mű” tűt kaptak, ez tette lehetővé a steril eszkozhöz való hozzájutást. A gépek nemcsak steril tűket biztosítottak, hanem a biztonságos injektáláshoz szükséges egyéb ártalomcsökkentő eszközöket (például alkoholos törlőruhát, aszkorbinsavat, tapaszt, szűrőket, nátrium-kloridot /konyhasó/) is kaptak a fogvatartottak.

⁴²⁶ Stöver, H. –Nelles, J.: i.m. 440. p.

A program résztvevőinek csak egy tű lehetett a birtokukban, melyet nem adhattak el, illetőleg nem adhattak kölcsön és más intézménybe történő átszállítás esetén sem vihettek magukkal.

A Lingen férfi börtönben az egészségügyi részleg dolgozói, valamint a drogtanácsadó szolgálat munkatársai végezték naponta a teaszobában az eszközök szétosztását a drogtanácsadó központ közelében.

VIII.4.3.2.1. Az eredmények értékelése

A vechtai és a lingeni kísérleti program pozitív eredményei 2 év elteltével mutatkoztak: a Vechta női börtönben 169 fogvatartott között 16390 tűt osztottak szét, amelynek 98,9%-át az érintettek visszaszolgáltatták. A Lingen börtönnél 83 személy között történt meg 4517 tű szétosztása, ebből 98,3%-nál történt meg a tű sterilre cserélése. Az eredmények értékelése mindkét esetben nagyon hasonló volt a svájcihoz. Így elmondható, hogy a steril tűkre vonatkozó rendelkezések nem eredményezték a drogfogyasztás növekedését, új HIV fertőzőeset nem fordult elő, ahogy arra sem volt példa, hogy a fogvatartottak az eszközöket fegyverként használták volna a végrehajtási személyzet vagy más fogvatartott ellen. A személyzet igen gyorsan adaptálta az új programokat, melyek így az intézeti rutin részeivé váltak. A programok elfogadása a fogvatartottak részéről ugyanakkor eltérő volt a két végrehajtási intézetben. A Vechta női börtönben a kísérleti projekt iránt nagyobb bizalom mutatkozott, mint a Lingen végrehajtási intézetben. Ennek magyarázata az ártalomcsökkentő eszközök eltérő szétosztási metódusában keresendő. A tűcsere-automaták alkalmazása ugyanis elősegítette az érintettek anonimitásának megőrzését. Ezzel szemben a steril tűk végrehajtási személyzet által történő szétosztása miatt sok fogvatartott hezitált a részvételen, mivel drogos kilétük felfedésétől tartottak. Ezen a helyzeten az sem változtatott, hogy a szétosztást végző és a börtön drogtanácsadó szolgálatában tevékenykedő személyi állományt kötötte az egészségügyi titoktartási kötelezettség. Így amíg a drogfogyasztók becsült aránya mindkét intézet esetén 50% körül mozgott, a tűcsere-automaták kedvezőbb megítélése azt eredményezte, hogy az átlagosan 183 fogvatartotti létszámú Vechta női börtönből 169-en kapcsolódtak be a kísérleti projektbe. Ezzel szemben az átlagosan 267 fő elítéltet fogvatartó Lingen intézetben ez a részvételi szám mindösszesen 83 volt. A fogvatartottak között akadtak olyanok, akik nem merték felvállalni a részvételt és inkább másokat kértek meg arra, hogy szerezzenek számukra steril injektáló eszközöket.

A tücsere-projekt ellenőrzését mindkét végrehajtási intézet esetén az oldenburgi Carl von Ossietzky Egyetem társadalomtudósai végezték. Vizsgálódásuk célja annak feltérképezése, felbecslése volt, hogy a steril injektáló eszközök biztosítása a végrehajtási környezetben megfelel-e az alkalmazhatóság/kivitelezhetőség, hasznosság és az eredményesség szempontjainak. Az érdeklődés középpontjába annak megállapítása került, hogy a bevezetett intézkedések eredményeztek-e, illetve milyen változásokat eredményeztek magában a börtönrendszerben. Ennek keretében vizsgálták többek között a tücsere-program kivitelezhetőségét a két érintett végrehajtási intézetben, valamint az intézkedések elfogadottságát a börtönhivatalnokok, az egészségügyi személyzet és a drogfogyasztó fogvatartottak oldaláról. A hatásvizsgálatok során kitértek annak ellenőrzésére, hogy a program bevezetése milyen változásokat idézett elő a kábítószerélvezők drogfogyasztási viselkedési formáiban, illetve előmozdította-e az egészség-orientált szemléletmódot a fogvatartottak között és megismertette-e az érintettekkel a prevenciós intézkedések jelentőségét.

A program alkalmazhatóságával összefüggésben megjegyezhető, hogy az abban résztvevőket nem kezelték másképpen, avagy eltérő módon, mint a többi börtönbeli drogfogyasztót. Ez például abban is megnyilvánult, hogy zárkáik ellenőrzésére a projekt tartama alatt nem került többször sor, mint korábban. Ez idő alatt a fellelt drogok mennyiségében sem következett be növekedés, ahogy az a kezdeti félelem sem igazolódott be, hogy a steril eszközök hozzáférhetővé tétele a drogfogyasztás kiszélesedését, bővülését idézné elő.

A bevezetett intézkedések elfogadottságát vizsgálva a tudósok megállapították, hogy habár mindkét börtönben féltek a drogfogyasztó fogvatartottak az anonimitásuk elvesztésétől, ez nem tartotta vissza a női kábítószerélvezőket a részvételtől, míg éppen az anonimitásuk fenntartása miatt utasították el többen a programot a férfi elítéltek esetén. A magyarázat ebben az esetben is a kézből kézbe szétosztási módszerben keresendő. A végrehajtási személyzet oldaláról vizsgálva mindkét intézetben pozitív volt a projekt megítélése, így az hamar a mindennapi rutin részévé vált. A bevezetést megelőzően ugyanakkor a tücsere-program megítélése élesen eltért egymástól. A férfi elítélteket befogadó börtönben nagy aggodalom övezte a kísérletet és nem tápláltak különösebb reményeket. Ezzel szemben a másik végrehajtási intézetben nagy bizakodással fordultak a tücsere felé és jóval elhanyagolhatóbb volt a börtön részéről az aggodalom. Általánosságban úgy lehetne fogalmazni, hogy a végrehajtási személyzet oldaláról az elfogadottság szintje annak függvényében alakult, hogy

az érintettek képesek voltak-e felismerni a program célját, célkitűzéseit, aktív részeseivé váltak-e a tervezési és döntéshozatali eljárásnak.

A drogfogyasztók viselkedési normáit elemezve a szakemberek arra a következtetésre jutottak, hogy azok a börtönkörnyezetben megváltoznak, változáson mennek keresztül. Ennek lényege, hogy a szabadságvesztés megkezdésével csak kevés kábítószerélvező hagy fel a drogfogyasztással és többségük folytatja az injektlást. Ugyanakkor a végrehajtás tényéből fakadóan mennyiségi és minőségi változások figyelhetők meg. Egyrésztől kevesebb kábítószerrel használhatnak, illetve kevesebb lehetőségük adódik a drogfogyasztásra, mint a börtönön kívül. A drogok korlátozott elérhetősége miatt, így napi adagjuk csökkentésére kényszerülnek. Másrésztől az elérhető kábítószer minősége is jelentősen eltér a megszokottól. Ezzel összefüggésben az injektló drogfogyasztás helyébe más alternatív használati módok (felszipantás, inhalálás) lépnek. Mivel a programok bevezetését megelőzően kevés steril eszköz állt rendelkezésre, a drogfogyasztási magatartások egészségre ártalmasok és veszélyesek voltak, a fertőzések nagy kockázatával jártak. Emellett a drogfogyasztók által gyakorta alkalmazott tisztítási, fertőtlenítési módszerek (például az eszközök vízzel való átöblítése) is elősegítették a fertőzések terjedését. A tűcsere-program beindítását követően azonban az injektló eszközök megosztott, többek általi közös használata szignifikánsan visszaesett. További sikerként lehetett elkönyvelni, különösen Lingenben, hogy a túladagolások miatt kezelésre kényszerülők száma ugyancsak alacsonyabb lett a projekt időtartama alatt. Így amíg a programba történő belépést megelőzően a férfi elítéltek hozzávetőlegesen 31%-a, a női fogvatartottak pedig 19,4%-a adagolta túl a kábítószerrel, addig ezek a százalékos értékek a Vechta börtön esetén 0-ra csökkentek, míg a Lingen végrehajtási intézetben a kísérleti projekt tartama alatt mindösszesen 1 eset fordult elő.

A programot egészségügyi megközelítésből vizsgálva egyértelműen leszögezhető volt, hogy a résztvevők egészségi állapota számottevően javult, a testsúlyuk és egyéb laboratóriumi értékeik jobbak lettek, emellett az általános közérzetük is kielégítő volt, illetőleg kevesebb kezelést igénylő lelki rendellenesség fordult elő.

Ide kapcsolódóan a két végrehajtási intézet közötti további eltérő vonásként említhető, hogy amíg a női börtön esetében a végrehajtási személyzet ismeretei a betegségek/fertőzések természetével, a HIV/AIDS-sal, a hepatitiszrel, a tünetekkel, a szűrésekkel, a megelőző egyéb intézkedésekkel összefüggésben bővültek, addig éppen az ellenkező folyamat volt megfigyelhető a férfi elítélteket fogvatartó intézménynél. A projekt bevezetését megelőzően, majd 16 hónappal később az egészségügyi ismeretekre történő válaszokból ugyanis ez utóbbi esetben jóval több volt a helytelen felelet, mint azt megelőzően. A tudásanyag csökkenése

mindemellett csökkenő érdeklődéssel társult a különféle információs találkozások, oktatási programok iránt.

E jelenséggel párhuzamosan a fogvatartottak oldaláról vizsgálva az egészségvédelemmel, a fertőzésekkel összefüggő ismereteket, hasonló eltérés érvényesült a két végrehajtási intézmény között. Amíg ugyanis a női fogvatartottak esetén nőtt a fertőző betegségek megvitatására, átbeszélésére fordított idő, addig a férfi elítéltek között ennek időtartama, hasonlóan a végrehajtási állománynál tapasztaltakkal, csökkent. E kérdéskörhöz kapcsolódó további adalék, hogy a fogvatartottak HIV/AIDS-vel összefüggő tudása, ismeretei mindkét végrehajtási intézetben azonos szintet képviseltek a végrehajtási személyzetével és nagy általánosságban kielégítőek voltak. A hepatitis tüneteivel, a transzmisszió módozataival ugyanakkor egyértelműen a fogvatartottak voltak jobban tisztában, még annak ellenére is, hogy ebben a tudásanyagban jelentős hiányosságok voltak megfigyelhetők.⁴²⁷

Összességében a pozitív hatásvizsgálatok eredményei nyomán nem csupán a 2 kísérleti program folytatása fogalmazódott meg, hanem valamennyi alsó-szászországi börtönben történő alkalmazás is. 1998-ban tücsere-automaták felállítására került sor a Lichtenberg, valamint a Lehrter Str.-i végrehajtási intézetekben Berlinben, majd 2000. elején a személyzet általi szétosztás bevezetése történt meg további két intézményben Hamburg városában.

1998. októbere és 2001. júniusa között a tücsere-programok eredményességét vizsgálták egy férfi, valamint egy női börtönben Berlin városában. A kutatásba mindazon fogvatartottak bekerülhettek, akik valaha is kábítószer fogyasztottak. Ténylegesen a 213 bebörtönzött személyből 174 vett részt a projektben. A résztvevőket a programba történő felvételkor HIV, valamint hepatitis C és B szűrésnek vetették alá, melyeket négy hónappal később megismételtek. A női végrehajtási intézetben tücsere automaták felállítására és alkalmazására került sor, míg a férfiak börtönében egy nem kormányzati szerv végezte a steril eszközök kéz a kézbe történő szétosztását.

A résztvevők közül 91% ismerte el az injektláló kábítószerfogyasztás tényét a program bevezetését megelőző hat hónap során. Az érintettek 71%-a az injektláló eszközök megosztott használatáról tett említést. A kutatás időtartama alatt a női fogvatartottak 67%-a, és a férfi fogvatartottak 90%-a továbbra is folytatta az injektlálást, általában heroin és kokain alkalmazásával. Szembetűnő ugyanakkor az eszközök közös használatának visszaszorulása. A megosztás 4 hónap után 11%-ot, 8 hónap után pedig 2%-ot csökkent. További pozitívumként

⁴²⁷ Jacob, J. – Stöver, H.: The transfer of harm-reduction strategies in to prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *International Journal of Drug Policy* 2000/11. 325-335. pp.

említhető, hogy a vizsgálat ideje alatt sem HIV, sem hepatitis B eset nem fordult elő, ugyanakkor 4 hepatitis C esetet regisztráltak. Nem növekedett a fogvatartottak között az injektáló drogfogyasztás, és az érintett drogfogyasztók fegyverként sem használták fel az injektáló eszközöket.⁴²⁸

A sikerek ellenére 2001-ben a közép-jobb koalíciós (CDU-CSU) kormányzat döntése nyomán a tücsere-programokat sorra zárták be Németországban arra hivatkozással, hogy a kutatások nem igazolták a programok hatékonyságát. A berlini tücsere-program bezárása esetén 2004-ben például azzal érveltek, hogy a végrehajtási személyzet körében a projekt nem talált megfelelő elfogadottságra, illetőleg nem volt bizonyíték arra, hogy alacsonyabb HIV fertőzési rátát értek volna el olyan börtönökkel szemben, ahol a programot nem alkalmazták. A politikai döntéssel így figyelmen kívül hagyták az eltelt 6 év nyilvánvaló eredményeit és a kormányzó koalíció eltörölte az ártalomcsökkentő intézkedéseket, fő célkitűzésnek pedig a drogmentes börtönök megteremtését tekintette. Valamennyi esetben úgy született meg a politikai döntés, hogy a végrehajtási személyzettel senki sem egyezettett. A programok befejezését követően a kábítószerélvező fogvatartottak visszatértek a közös használatra és ismét elrejtették az injektáló eszközöket, növelve a fertőzés veszélyét. A Vechta börtönben a 2003. júniusában történő program-zárás után emellett egy korábban nem ismert gyakorlat ütötte fel a fejét: a tűk kölcsönzése más fogvatartottak részére. A Lingen végrehajtási intézetben – ahol a projekt befejezésére ugyanebben az időben került sor – a „fekete piacon” a tűk 10 euróba, illetve 2 doboz cigaretta árába kerültek.

Ezen kormányzati döntések leghangadóbb kritikusai pedig maguk a büntetés-végrehajtási dolgozók voltak, akik jelenleg is lobbiznak a kormányzatnál a programok újraindítása érdekében. A Vechta börtön végrehajtási állományának képviselői például írásban fordultak a kormányzathoz megcáfolva Alsó-Szászország igazságügyi-miniszterének azon állítását, miszerint a programok visszavonása a személyzet általi támogatás hiányára vezethető vissza. A Lichtenberg börtönben, Berlinben a programok működése érdekében ugyancsak a végrehajtási dolgozók emelték fel szavukat, akiknek 85%-a 1998-ban még szembehelyezkedett a tücsere bevezetésével. A fenti példák tehát azt támasztják alá, hogy a kezdeti félelmek nem igazolódtak be, a személyzet első kézből tapasztalhatta meg a tücsere eredményességét és az ártalomcsökkentés szellemiségét, felismerte a programban rejlő előnyöket és aktív támogatójává lépett elő. Németországban azonban sajnálatosan az

⁴²⁸ Stark, K.-Herrmann, U. – Ehrhardt, S. – Bienzle, U.: A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiology and Infection*. 2005. december 22. 1-6. pp.

ideológiailag motivált politikai döntések felülkerekedtek a közegészségügyi érdekeken és ténylegesen a kormányzat soraiban, a politikai döntéshozók körében nem talált a projekt megfelelő elfogadottságra.⁴²⁹

VIII.4.3.3. Tűcsere-programok Spanyolországban

Spanyolországban 1995. decemberében született döntés három kísérleti tűcsere-program bevezetéséről. 1996. januárjában a felállított tervező bizottság vizsgálta meg a tűcsere-programok kérdését és fogalmazta meg ajánlásait. Ezek közül az első, hogy a tűcsere-programokat alkalmazni kell a büntetés-végrehajtásban együttműködve külső szakértőkkel, valamint olyan nem kormányzati szervezetekkel, amelyek már foglalkoztak börtönszolgálatokkal. E döntés nyomán, melyet a végrehajtási személyzettel folytatott konzultáció és oktatás követett, kerülhetett sor 1997. júliusában az első tűcsere-program bevezetésére Bilbaoban a Basauri férfi börtönben. A tűcsért nem kormányzati szervezetek végezték napi öt órában a börtön két diszkrét területén. A fogvatartottak a steril tűk mellett ártalomcsökkentő felszerelést is kaptak, amely alkoholos törlőkendőt, desztillált vizet, a tű tárolására szolgáló erős tartályt és óvszert tartalmazott. A projekt két év után jelzett pozitív eredményeket. Megállapítható volt, hogy a fogvatartottak között nem nőtt a drogfogyasztás, a személyzet és a fogvatartottak között nem került sor konfliktusra, ahogy nem volt példa a tűk fegyverként használatára sem. A börtöntisztviselők véleménye szerint - a pozitívumok elismerése mellett - a végrehajtási személyzet részvételét ugyanakkor előnyben kellett volna részesíteni a külső szervezetekkel szemben. A nem kormányzati szervezetek értékelése rámutatott arra, hogy a program hasznos eszköz lehet a fogvatartottak egészségének elősegítésében, emellett a szigorú egy használtért egy steril tű gyakorlatát nem tartották minden esetben praktikusnak, és a programtól több rugalmasságot vártak el.

Ezt a projektet további kísérleti programok követték 1998-ban, majd 1999-ben. E programok értékelése ugyancsak pozitív volt. A 2001-ben elkészített Nemzeti Drogterv (National Plan on Drugs) megfogalmazása szerint: „a tapasztalatok azt mutatják, hogy e programok átültethetők a végrehajtási környezetbe anélkül, hogy bármilyen torzulást vagy közvetlen problémát eredményeznének.” A kedvező visszajelzéseknek köszönhetően még ugyanebben az évben a spanyol kormány elrendelte a programok valamennyi végrehajtási intézetben történő alkalmazását. Ezt követően felgyorsultak az események: 2001. júniusában a

⁴²⁹ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. 26-29. pp.

Börtönök Főigazgatósága kiadott egy utasítást, amely a tűcsere-programok végrehajtását rendelte el valamennyi börtönben. Majd októberben pontosították a bevezetés dátumát és azt 2002. januárjában jelölték meg. A politikai óhaj és a végrehajtási tervek sikeres egymásra találása így a tűcsere-programok gyors bevezetését tette lehetővé Spanyolországban.

2002. márciusában a belügyminisztérium és az egészségügyi minisztérium „Tűcsere-programok a börtönökben: keretprogram” címmel közös dokumentumot bocsátott ki, amely a tűcsere-programok végrehajtásával összefüggő irányelveket, eljárásokat, képzési és értékelési anyagokat tartalmazott. Az egyik ilyen irányelv, hogy nem kell szigorúan ragaszkodni az egy az egyért cseréhez, hanem azt kell szem előtt tartani, hogy a programok elsődleges célja a tűk közös, megosztott használatának megelőzése. Ezért a keretprogram ajánlásként fogalmazza meg, hogy a csere gyakorisága és a kábítószer-élvezők fogyasztási szokásai függvényében alakuljon a szétosztásra váró ártalomcsökkentő csomagok száma. Egyébiránt valamennyi spanyol börtönben a kézből kézbe szétosztási megoldást alkalmazzák és eltekintenek a tűcsere-automaták bevezetésétől. Az intézmények függvényében a szétosztást vagy az egészségügyi személyzet egyedül, vagy külső, nem kormányzati szervekkel együttműködve végzi. A steril tűkhöz való hozzáférés ugyancsak az intézmények függvényében változik: egyes börtönökben heti 2 napban érhetőek el, míg másutt a hét minden napján biztosítják ezt a lehetőséget. A tűcsere időtartama ugyancsak változó, de általában 2-4 órás tartamban érhető el a steril eszközök reggelente vagy esténként. Tekintve, hogy a tűcsere a drogfogyasztás, az ártalomcsökkentés és az egészségügyi támogatások egyik komponense, így oktatással, tanácsadással, kezelési szolgáltatásokkal társul, és kizárólag tűk helyett inkább egy komplex ártalomcsökkentő felszerelést biztosítanak az érintetteknek. Ez utóbbi a tű tárolására szolgáló kemény tartályon kívül desztillált vizet, alkoholos törlőkendőt tartalmaz. Egyes intézetekben ezt főzővel és szűrőkkel egészítik ki. Annak függvényében pedig, hogy a kábítószerfogyasztók heroint vagy kokaint adagolnak-e, két különböző méretű tűt biztosítanak számukra. A programban való részvételnek feltétele, hogy az injektláló eszközt minden esetben az intézmény által biztosított tartályban tárolják a fogvatartottak. Amennyiben pedig a személyzet olyan tűt talál, mely nem része a hivatalos programnak, azt el kell kobozni.

Ugyancsak a keretprogramban szereplő irányelv, hogy a fogvatartottak metadon fenntartási programban való részvétele nem zárja ki számukra a tűcsere-programok elérhetőségét. Ezt a döntést három okkal támasztották alá. Egyrésztől feltételezték, hogy ha a metadon kezelésben résztvevő személy folytatja az injektlálást, ennek hátterében a nem megfelelő mennyiségű metadon adagolása áll. Másodikként elfogadták, hogy a kokain injektlálása mellett a metadon kezelés alkalmazható. Harmadsorban gyakori, hogy a metadon-

betegek csak „futárként” tevékenykednek és olyan személyek részére szerzik meg a szükséges steril tűt, akik nem akarják kilétüket felfedni a végrehajtási személyzet előtt.

Az irányelvek emellett lehetővé teszik azt is, hogy az érintett fogvatartottak drogmentes részlegekben éljenek, vagy absztinencia-alapú programokban vegyenek részt, azaz a prevenciós vagy intervenciós programok együttes alkalmazását is támogatják. Ténylegesen a tűcsere-programokból egyedül a mentálisan beteg, illetve különösen erőszakos fogvatartottak vannak kizárva. Az irányelv javaslata alapján a megtagadás lehetőségét esetről esetre külön-külön szükséges vizsgálni. Az erőszakos fogvatartottak vonatkozásában például különleges biztonsági intézkedések alkalmazását kellene megfontolni és preferálni a steril tűkhöz való hozzájutás megtagadása helyett. A részvétel megtagadására alapul szolgálhat ugyanakkor, ha a tűt fegyverként használja a fogvatartott, vagy folyamatosan megszegi a program szabályait.

2002. végére 27 spanyol börtönben osztottak szét steril tűket a fogvatartottak között. 2003-ban a projektet alkalmazó végrehajtási intézetek száma már 30 volt, illetve valamennyi végrehajtási intézetben rendelkezésre álltak a tűcsere adaptálásához szükséges technikai és jogi feltételek.⁴³⁰ A 2005-ös év végére 38 végrehajtási intézetben működtettek steril tűket biztosító programot,⁴³¹ kivételt a pszichiátriai intézetek, valamint egy nagy biztonsági fokozatú börtön jelentett. A SANIT névre elkeresztelt kompjuter-program segítségével, melyet valamennyi börtönben használnak, dokumentálják a programban résztvevők, a szétosztott, majd visszacserélt tűk számát, a programból történő kilépéseket, kizárásokat az ok megjelölésével. Ugyancsak nyilvántartják a fogvatartottak egészségi státuszát is. Az anonimitás fenntartása érdekében a programokban résztvevők véletlenszerűen jelölt számokat vagy álnevet kapnak.⁴³²

VIII.4.3.4. Moldova

Tűcsere-programok alkalmazására a fentebb bemutatott országokon kívül Európában Belorussziában, a Kirgiz Köztársaságban és Moldovában került sor. Utóbbiban 1999. májusában vezették be az első kísérleti programot Branestiben a 18-as börtönkolónián. Az ok, amiért a választás erre a végrehajtási intézményre esett, egyrészt, hogy itt volt a fogvatartottak átlagéletkora a legalacsonyabb (24-26 év), másrészt pedig a legtöbb ismert

⁴³⁰ Stöver, H. –Nelles, J.: i.m. 440. p.

⁴³¹ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.: Prison needle exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. 2. edition, 2006.

⁴³² Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.: i.m. 31-36. pp. és (Canadian HIV/AIDS Legal Network) Prevention: Sterile Needles. HIV/AIDS in prisons. 2004/2005.

HIV/AIDS-eset (18 fő) itt fordult elő. Erről a végrehajtási intézetről tudni kell még, hogy közép-maximum biztonsági fokozatú börtönről van szó, amely 1950-ben épült 250 ember befogadására. A projekt időszakában az átlagos népesség 1000 fő körül mozgott. A kísérleti program 2 lépcsőben bontakozott ki. Elsőként a steril tűk elérhetőségét a börtön egészségügyi részlege által végzett szétosztás biztosította. Ebben a fázisban 4-5 hónap alatt mindösszesen 40-50 tűcserére került sor, ami az ismert injektáló drogosoknak csak 25-30%-át jelentette. A projekt ilyen formában nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Az anonimitás hiánya, és az a körülmény, hogy kizárólag a hivatali órák alatt voltak elérhetőek a steril eszközök, eredményezték a kedvezőtlen mutatókat.

A program sikerét kezdetben negatívan befolyásolta az a körülmény is, hogy a végrehajtási személyzet továbbra is tiltott dologként tekintett a tűkre, így azokat keresték, majd elkobozták a fogvatartottaktól. Szükséges volt annak tudatosítása tehát, hogy a tűcsere-program legális, az abban szereplő eszközöket nem kell lefoglalni.

E problémák kiküszöbölése érdekében 8 önkéntest toboroztak a fogvatartottak köréből, akiket az egészségügyi személyzet képezett ki e feladatra és egyúttal ellenőrzésükről is az gondoskodott. A projekt ezen második szakaszában a 8 fogvatartott a börtön négy különböző helyén végezte az ártalomcsökkentő szolgáltatást, azaz a négy helyszínen két-két önkéntes tevékenykedett. Feladatukat a börtönorvossal együttműködve végezték, akinek szerepe a projekt ellenőrzésére, valamint az önkéntesek és a végrehajtási személyzet közötti kapcsolattartásra terjedt ki. Személyük egyébként évente változott. A steril tűkön kívül többek között óvszerek, fertőtlenítő szerek kerültek szétosztásra. Feladatuk volt továbbá ártalomcsökkentő és HIV prevenciós információk szolgáltatása, az eszközök elérhetőségét pedig a nap 24 órájában biztosították.⁴³³ Az eredmények magukért beszéltek: 2002-ben az első kilenc hónapban az ismert kábítószer injektálóknak már 65-70%-a élt az önkéntesek bevonásával működő tűcsere lehetőségével, és amíg 2000-ben 115, 2001-ben 4350 darab fecskendő került szétosztásra, addig ez a szám 2002-ben már 7150 volt.

A második tűcsere-program bevezetésére 2002. májusában került sor Cricovában a férfi fogvatartottakat befogadó 4-es börtönkolónián. Ez ugyancsak fogvatartottak (3 fő) önkéntes részvételén alapult és már az első néhány hónap alatt 40-45 fogvatartott kapcsolódott be a programba. Számuk az év végére már 160-ra nőtt. Közöttük 2002-ben 7555 fecskendőt osztottak szét. A harmadik ártalomcsökkentő projekt bevezetésére pedig 2003. augusztusában került sor egy női börtönben. A legfrissebb adatok szerint a fogvatartottak

⁴³³ Kerr, T. – Jürgens, R.: i.m. 4. p.

között szétszított steril tűk, fecskendők száma 2000-2001-ben 3650 volt. Ez a számadat 2003-2004-re 37813-ra nőtt és 2004-2005-ben már közel másfélszerese, azaz 61433 volt. Emellett néhány olyan esetről is beszámoltak, amikor a tűcsere lehetősége ellenére az eszközök megosztott, közös használatára került sor.⁴³⁴

A programokat kiértékelve megállapítható, hogy Moldovában sem ragaszkodnak a szigorú egy az egyért csere politikájához. Emellett a tűk, fecskendők tárolására nem biztosítanak tárolóedényeket, és azt sem határozzák meg, hogy az eszközöket a fogvatartottak hol tárolhatják. Ennek a döntésnek a hátterében kezdetben gazdasági szempontok álltak, majd később felismerték, hogy a programok jól és biztonságosan működnek a tárolóedények nélkül is, így azok alkalmazása szükségtelen.

A többi országhoz hasonlóan Moldovára is elmondható, hogy a steril tűk biztosítása a fogvatartottak körében nem eredményezte azok fegyverként való felhasználását, így nem jelentett veszélyt a végrehajtási állományra nézve.⁴³⁵

VIII.4.3.5. A kirgiz modell

Időrendben haladva a tűcsere-programok gyakorlatát a büntetés-végrehajtásba áttöltető országok sorában a következő a Kirgiz Köztársaság, mely e lépéssel úttörő szerepet vállalt az egykori Szovjetuniótól függetlenné váló államok sorában. A bevezetés hátterében a HIV esetek számának növekedése, az intravénás drogfogasztás és az injektáló eszközök nagyarányú megosztottsága állt. 2000-ben még mindösszesen 3 HIV-fertőzött fogvatartottat tartottak nyilván. Ez a szám 2001. szeptemberében már 24-re emelkedett és többségük injektáló drogfogasztó volt. 2002. novemberében pedig több mint 150 HIV/AIDS-es fogvatartottról volt a végrehajtásnak tudomása, akik az országban ismert valamennyi fertőzött személy 56%-át jelentették.

Fontosnak tartom ugyanakkor megjegyezni, hogy ártalomcsökkentő tréningeket még azelőtt végeztek a kirgiz börtönökben mielőtt egyetlen dokumentált HIV-eset előfordult volna a fogvatartottak között.⁴³⁶ Egy nem kormányzati szerv által a fogvatartottak körében végzett vizsgálatból pedig az derült ki, hogy az ország börtöneiben a kábítószer-élvezők 90%-a másokkal megosztva használta az injektálásra szolgáló tűt és nem is fertőtlenítette azokat. 2001. februárjában a Büntetés-végrehajtási Főigazgatóság és a Büntetés-végrehajtási Osztály

⁴³⁴ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. (second edition), 2006.

⁴³⁵ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. 36-40. pp.

⁴³⁶ Bővebben: Wolfe, D.: Pointing the way: Harm reduction in Kyrgyz Republic. New York, 2005. 39. p.

utasítást adott ki a HIV/AIDS börtönbeli megelőzésére. Ennek nyomán különféle HIV prevenciók és ártalomcsökkentő kezdeményezéseket hajtottak végre: prevenciók oktatást szerveztek a fogvatartottaknak és a személyzetnek többek között a túlادagolások megelőzése, a HIV és a hepatitis transzmissziója, a biztonságosabb szexuális együttlétek érdekében. Ezen túlmenően az egészségügyi, valamint a végrehajtási személyzet tagjait külön képzésben részesítették, melynek tárgya annak tudatosítása volt az érintettekben, hogy a HIV pozitív fogvatartottak anonimitásának megőrzése, az erre vonatkozó titoktartási kötelezettség alapvető jelentőségű. Fogvatartottakat is bevontak a felvilágosító munkába, önkéntes lett a HIV-teszt, rendelkezések születtek az óvszerek, fertőtlenítő szerek alkalmazásáról. Emellett, még nem hivatalos formában ugyan, de a HIV/AIDS problémával küzdő fogvatartottak vonatkozásában tucsere bevezetésére is sor került.

Ilyen előzmények után 2002. októberében indulhatott el az első kísérleti projekt az IK-47-es szigorított börtönben. A projekt hozzávetőleg 50 fogvatartott számára tette lehetővé napi rendszerességgel a használt tűk sterilre cseréjét. A programot olyan helyen igyekeztek biztosítani, ahol a fogvatartottak nincsenek az őrség szeme előtt, így a börtön egészségügyi szárnyában működtették azt. Mivel a tűk elérhetősége itt csak napközben volt biztosított, néhány nem drogos, aki steril tűhöz jutott hozzá, azt az éjszakai órákban eladta az intravénás kábítószerélvezőknek. A kábítószer-kereskedelem kiküszöbölése érdekében a börtönrészlegben élő önkéntes fogvatartottak bevonásával tették lehetővé a nap 24 órájában való hozzáférést. A programban való részvételt valamennyi fogvatartott számára biztosították, de csak azon fogvatartottak kaphatták meg a steril eszközöket, akik be is kapcsolódtak abba. A program kezdetén minden fogvatartott számára 1 steril tűt biztosítottak, majd ezt később kiegészítették 3 további tűheggyel. Ezzel próbálták elejét venni az eszköz újrafelhasználását azoknál, akik naponta többször végezték az injektlást. Ez a lépés hozzájárult a tucsere-program költségeinek csökkentéséhez is, tekintve, hogy a plusz hegyek kevesebbe kerültek, mint a teljes injektláló eszköz.

Ezen ártalomcsökkentési rendelkezés más végrehajtási intézetekre történő kiterjesztéséről 2003. elején született döntés. Ennek nyomán szeptemberben már 6 börtönben (5 férfi és 1 női) működött tucsere.

2003. szeptemberében a 6 tucsere-program 470 drogfogyasztó számára volt elérhető. 2004. áprilisában, amikor a programot 11 végrehajtási intézetre kiterjesztették ki, megközelítőleg 1000 fogvatartott vett részt a projektben. Az év végére pedig 12 börtön alkalmazta ezt az ártalomcsökkentő módszert. Jelenleg valamennyi börtönben megtalálható a program.

VIII.4.3.6. Belorusszia

A Belorusz Köztársaságban, Minszkben egy 2000 főt számláló javítóintézetben indult meg kísérleti jelleggel az első tűcsere-program 2003. áprilisában. A bevezetés háttérében itt is a HIV fertőzöttek nagy száma és az injektáló drogfogyasztás állt. A rendelkezésre álló adatok szerint 2003. májusában 1131 fogvatartott volt HIV pozitív, akik az országban ismert esetek 22,5%-át jelentették. A helyválasztásba nagyban közrejátszott az a körülmény, hogy ez a börtön ad helyet a Nemzeti Kórháznak, ezáltal a szükséges tudományos és egészségügyi háttér rendelkezésre állt. A börtönben 28 fogvatartottól tudták, hogy drogfogyasztó, de becslésük szerint a tényleges szám 200 körül mozgott. A fogvatartottak között 15 személy volt HIV fertőzött, ugyanakkor a program valamennyi fogvatartott számára elérhetőséget biztosított.

A moldovai modellt követve 20 önkéntest toboroztak a börtönnépesség soraiból, akik a tűk szétosztását végezték rabtársaik között. Az első hónapban több mint 100 tű került ilyen módon az intravénás droghasználókhoz.

Fehéroroszországban a tűcsere-program, melyet további két végrehajtási intézetre terjesztettek ki, ugyancsak egy átfogó ártalomcsökkentő projekt alkotórésze. Megtaláljuk mellette a fogvatartottak és a végrehajtási személyzet oktatását, az óvszerek és fertőtlenítő felszerelések szétosztására, információ-szolgáltatásra vonatkozó rendelkezéseket. A végrehajtási intézményekben történő befogadáskor kötelező a fogvatartottak HIV tesztje, a szabadságvesztés tartama alatt, az ártalomcsökkentő rendelkezések elemeként ugyanakkor a vizsgálat már önkéntes alapon működik.⁴³⁷

VIII.4.3.7. Az újonnan csatlakozók és a közép-kelet európai helyzet

2005. februárjában Skóciában Edinburghben a rendőrség Lothian és Borders kerületekben vezette be a steril tűk szétosztását a helyi börtönben az egészségügyi kockázatok és a drogfogyasztáshoz kapcsolódó ártalmak csökkentése érdekében. A program beindításával a szándék tehát kettős volt: egyrészt a drogfogyasztók, másrészt pedig a személyzet védelmét szolgáló prevenciós lépést tettek, elsősorban a HIV és a hepatitis fertőzések visszaszorítása, megelőzése érdekében. A rendőrök között a tűkkel kapcsolatos balesetek

⁴³⁷ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. 41-43. pp.

ugyanis nem ritkák. Bár az őrszemélyzet speciális képzést kap a kutatási technikákra és olyan védőeszközök is biztosítottak számukra, mint a gumikesztyűk, valamint kis csipeszek, jelenleg nincs teljes biztonságot nyújtó módszer a fecskendők és a tűk felkutatására. A tűcsere-program bevezetésével így a kutatással járó kockázatot igyekeznek a minimumra csökkenteni, emellett az őrizetben lévők számára a steril eszközök biztosításával kívánnak támogatást nyújtani.⁴³⁸

2005. augusztusa óta Luxemburgban a legnagyobb végrehajtási intézetben is tűcsere-programot indítottak el a drogfogyasztó fogvatartottak számára. A kábítószerélvezőnek hivatalos kérelmet kell előterjesztenie a börtön orvosához, aki átadja a fogvatartottnak a steril tűt tartalmazó csomagot. Ezt követően a cserét a nővérek, illetőleg más egészségügyi személyzet tagjai végzik. A kábítószeres fogyasztása és birtoklása továbbra is illegális tevékenység marad, de a kábítószerzéshez szükséges és a végrehajtási intézet által biztosított tűk, fecskendők birtoklása nem von maga után szankcionálást, azokat feltalálásuk esetén sem jelentik a börtöntisztviselők.⁴³⁹

A rendelkezésre álló adatok szerint 2006-ban Örményország indított útjára tűcsere-programot, illetve Irán készített elő 2 projektet, melynek valamennyi végrehajtási intézetre történő kiterjesztését vették tervbe.⁴⁴⁰ Sárosi Péter 2007. szeptemberi cikkében már arról számol be, hogy a tervet konkrét megvalósítás követte és a fogvatartottak szexuális felvilágosítása mellett a tűcserét is bevezették az iráni börtönökben. Az iráni ajatollah pedig fatvát, azaz vitás esetekre vonatkozó döntés adott ki arról, hogy a steril tűk biztosítása a fogvatartottak számára nem ellentétes az iszlám joggal.⁴⁴¹

Ezek az országok tehát az eltérő társadalmi, politikai, végrehajtási és egészségügyi háttérük ellenére felismerték a tűcsere-programok alkalmazásának szükségességét a HIV és a hepatitis vírus terjedésének megelőzésében. Megemlíteném még Ukrainát, amely 2005-ben határozott a kísérleti tűcsere-programok bevezetéséről 2 börtönben, illetve 2 kolónián. A projektek 2006-ban történő bevezetése érdekében konferenciát és három gyakorlati ülést is szerveztek részint a végrehajtási személyzet bevonásával 2005. novemberében, illetve

⁴³⁸ Miller, N.: Needle exchange scheme, Lothian and Borders Police. News release. 2005. január 14., letölthető: www.lbp.police.uk/press_release/articles/2005%5CJanuary%5C14%5C2.htm

⁴³⁹ Melis, M.: As prison needle exchange programmes are scaled up, Luxembourg joins in. Connections. 2006. May 1-2. pp.

⁴⁴⁰ (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Needle and syringe programs. 2006. és Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.: second edition (prison needle exchange: 2006 update to first edition)

⁴⁴¹ Sárosi Péter: A biztonság illúziója. Népszabadság Online. 2007. szeptember 10., <http://nol.hu/voks/cikk/463471>

decemberében. Politikai okokból a kísérleti projektek bevezetésére azonban mégsem került sor, jelenleg még várat magára.

A fenti példákkal szemben a Közép-Kelet Európai régió egyes országait vizsgálva megállapítható, hogy nincs egyetértés a program végrehajtásba történő bevezetését illetően. A tűcsere alkalmazása elsősorban politikai döntés kérdése, így a közegészségügyi érdekek háttérbe szorulnak. Általánosságban elmondható, hogy jelenleg a kábítószeresek visszaszorításának van prioritása, nem a prevenciónak. Bulgáriában például egyes vélemények szerint a steril tűk hozzáférhetővé tétele veszélyesebb lenne, így a megelőzés helyett a kábítószeresek végrehajtásba történő bejutását próbálják megfékezni. Mások nyitottabbak az ötlet iránt, de pénzhiány miatt nem kerül sor a megvalósításra. Ezzel szemben Litvániában volna pénzügyi fedezet kísérleti program bevezetésére, de még nem született döntés arra vonatkozóan, hogy a projektet hol és hogyan hajtanák végre. Észtországban a Tartu-i börtön igazgatója ugyancsak úgy vélte, hogy a drogok beszivárgásának kell elsősorban gátat vetni. Lettországon egyetlen tűcsere-program létezik a HIV pozitívak számára, de csak a társadalomban. Lengyelországban az az általános vélekedés figyelhető meg, hogy nincs szükség az ártalomcsökkentés e módszerére, mivel az intravénás droghasználat nem elterjedt a börtönökben, illetve csak a jómódú elítéltek tudják az injektáláshoz szükséges eszközöket megvásárolni. Szlovéniában a Nemzeti Börtönadminisztráció ugyanakkor fontolgatja egy kísérleti program megindítását. Az ajánlás szerint a steril tűk hozzáférhetővé tételét legalább a Ljubljana-i Dob börtönben, valamint a Radeče-i fiatalok börtönében kellene biztosítani. Úgy vélik, hogy a program sikeressége érdekében a titkosságot szükséges garantálni és az egy használt tűért egy steril szabályt érvényesítenék.⁴⁴²

Hazánkban a végrehajtási intézetekben nincs lehetőség steril injektáló eszközökhöz való hozzáféréshez és a tűcsere-program alkalmazása a társadalomban is igen korlátozott. A fővárosban, Miskolcon, Pécsen, Veszprémben, Debrecenben és Kecskeméten működő tűcsere-központok mellett az ország különböző pontjain (Budapest, Gyula, Pécs, Kecskemét, Miskolc) felállított automata is segítik a drogfogyasztókat.⁴⁴³ A Magyar Baptista Szeretetszolgálat által indított és üzemeltetett tűcserebusz mellett 2003. augusztusában 1 éves kutatómunka eredményeként egy másik Mobil Tűcsere-program is megkezdte működését a fővárosban. A tűcserebusz 3 különböző helyszínen nyújt szolgáltatást azzal az átfogó céllal, hogy terjessze az ártalomcsökkentő szemléletet. A Kék Pont Drogkonzultációs Központ és

⁴⁴²Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries...2004. i.m. 66-67. pp.

⁴⁴³Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005. i.m. 115. p.

Ambulancia⁴⁴⁴ által szervezett program keretében az injektorokon túl érszorítót, desztillált vizet, melegítő edényt, szűrőt, alkoholos kendőt és óvszert biztosítottak a klienseknek. A tűcsere melletti tanácsadás kiterjedt a biztonságosabb szerhasználat propagálására, ártalomcsökkentő szóróanyagok terjesztésére. A közel 1,5 év alatt viszonylag kis számú injektort adtak át a program résztvevőinek, létszámuk (közel 100 fő) azonban arra enged következtetni, hogy van igény a tűcsere-programok iránt.⁴⁴⁵ 2004-ben a tűcsere-programok keretében 80.000 körüli steril tűt és fecskendőt osztottak szét hazánkban és hozzávetőleg 50.000-re tehető a megsemmisítésre begyűjtött eszközök száma. Összehasonlításként a hasonló népességű Cseh Köztársaságban évente mintegy 1,5 millió darab fecskendő jut el a kábítószerélvezőkhöz.⁴⁴⁶ A 10-15.000 főre becsült intravénás drogfogyasztók közül jelenleg körülbelül 400-an részesülnek a tűcsere-programok nyújtotta előnyökből.⁴⁴⁷

Itt említeném meg, hogy 3 budapesti tűcsere-program és a Budapesti Rendőr-Főkapitányság között 2004. júniusában megállapodás jött létre, melynek értelmében a rendőrhatalóság a használt, vagy steril fecskendőket nem tekinti bűnjelnek, és nem indít büntetőeljárást a kábítószerélvezőkkel szemben,⁴⁴⁸ emellett információkkal látja el őket a tűcsere-programok elérhetőségéről.⁴⁴⁹ A civil szervezetek ezt a megállapodást 2005. tavaszán országos szintűre szeretnék volna kiterjeszteni, erre azonban a Legfőbb Ügyészség állásfoglalása miatt nem kerülhetett sor. A hivatkozott ügyészségi nyilatkozat lényege, hogy az illegális drogfogyasztás mellett e tevékenységnek bármilyen módon, illetve céllal történő segítése bűncselekmény gyanújára utal. Az ezt észlelő bűnüldöző hatóságok tehát hivatalból kötelesek eljárni. A hivatal állásfoglalása készítette a Drogprevenciós Alapítvány tűcsere-programjának egyik munkatársát arra, hogy 2005. decemberében feljelentse magát. Az akció célja annak tisztázása volt, hogy a tűcsere-program munkatársainak tevékenysége, és a steril, vagy használt injekciós fecskendők, tűk birtoklása megvalósít-e bűncselekményt.

Az ügyben az ügyészség álláspontja szerint a kábítószerélvezők számára steril tűk biztosítása a kábítószerrel visszaélés elkövetéséhez „anyagi eszközök szolgáltatásának” felel meg. A tűcsere-program munkatársainak tevékenysége pedig az injektáláshoz szükséges

⁴⁴⁴A Központ tevékenységéről, szakmai programjáról bővebben: <http://www.kekpont.hu/hu/index.php?m=78>

⁴⁴⁵Fehér Beáta: Beszámoló a Mobil Tűcsere program munkájáról (2003. augusztus-2004. december 15.), letölthető: www.kekpont.hu/hu/upload/beszamolok.doc

⁴⁴⁶Dénes Balázs - Sárosi Péter (szerk.): Drogpolitikai Jelentés 2006. TASZ Drogpolitikai Füzetek 7. 21. p., 78. p.

⁴⁴⁷(European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison) „Unlocking potential: making prisons safe for everyone” Report of the 8th European Conference of drug and HIV/AIDS services in prison. Budapest, 2005. 51. p.

⁴⁴⁸Ez természetesen csak azokra az esetekre vonatkozik, ha illegális szert nem találnak, és egyéb bűncselekmény elkövetése miatt sem indokolt a rendőri intézkedés.

⁴⁴⁹Fehér Beáta: i.m.

eszközök biztosításával, a bűncselekményhez kapcsolódó bűnszegédi magatartásnak tekinthető. A határozat szerint az elkövetők azonban nem büntethetők, mivel tévesen abban a feltevésben cselekednek, hogy tevékenységük nem veszélyes a társadalomra. Az a jogi nonszensz figyelhető meg tehát, hogy a közegészségügy védelmét szolgáló, a kábítószerélvezőket segítő programokban közreműködő személyek csak azért nem részesülnek büntetésben, mert magatartásukat a jogalkalmazó szerv a társadalomra veszélyességben való tévedésként értékelte.⁴⁵⁰

VIII.4.3.8. A tűcsere eltérő modelljei

A tűcsere-programnak a társadalomban meghonosodott és legelterjedtebb formája, amikor az intravénás kábítószer-használók érdekvédelmi csoportjai kapják meg és osztják szét az érintettek között a steril fecskendőket. Izoláltabb közösségek esetén a gyógyszerárakban árusított eszközök, valamint mobil tűcsere-egységek (pl. drogbusz hazánkban) az elérhetőség legjobb módjai. Emellett az anonimitásuk megőrzésére törekvők esetén tűcsere-automaták felállítása teszi lehetővé a hozzáférést.⁴⁵¹

A tűcsere-programot a büntetés-végrehajtásban jelenleg alkalmazó országok a szétoztás/elosztás eltérő metódusait érvényesítik. Emellett arra is van példa, hogy adott országon belül a programban résztvevő végrehajtási intézetekben különböző modellek működnek.

A programot bevezető államok gyakorlata alapján a steril tűk, fecskendők fogvatartottak részére történő biztosításának 4 változata honosodott meg:

1. Az elérhetőség a börtön egészségügyi részlegében, esetleg más helyén biztosított, a szétoztást az orvosok, nővérek végzik.
2. Önkéntes fogvatartottak bevonásával történik az eszközök cseréje.
3. Külső, nem kormányzati szervek, illetőleg ugyancsak „külsős” egészségügyi dolgozók által, akik ebből a célból jönnek a végrehajtási intézetbe.
4. Tűcsere-automaták alkalmazásával, melyek az elhasznált tűk helyett adnak steril eszközt.

⁴⁵⁰Jogi nonszensz a kábítószerfotról. Letölthető: <http://index.hu/politika/belfold/tasz0801>

⁴⁵¹Sárosi Péter: Kérdések és válaszok a tűcsere-programmal kapcsolatban. Letölthető: <http://www.kendermag.hu/index.php?oldal=arhiv&azon=109>

Az e témával foglalkozó szakemberek szerint az egyes modelleket az adaptáció szempontjából nem célravezető „előnyös” vagy „hátrányos” kategóriákba besorolni, lévén alkalmazásuk sikere az adott program természetétől és szellemiségétől függ. Ezt támasztja alá az egyet egyért cserébe metódus, melyhez egyes országok következetesen ragaszkodnak, míg mások nem. Spanyolországban például a tűk közös használatának megelőzése a fő célkitűzés, így ezt szem előtt tartva, bár szabály szerint az elhasznált tűt vissza kell szolgáltatni, hogy a fogvatartott újabbat kapjon, a már hivatkozott irányelv a csere gyakoriságához és a kábítószer-élvező fogyasztási szokásaihoz kötné a rendelkezésre bocsátott eszköz számát. Svájcban a Hildelbank intézetben ugyancsak jelen van az egyért egyet szabályt követő tűcsere-automata, de emellett teret kapott a kézből kézbe megoldás is, ahol az olyan fogvatartottak, akiknek nehezen megtalálható a vénájuk maximum további 5 tűhöz juthatnak hozzá.

Általánosságban úgy lehetne fogalmazni, hogy valamennyi modell hordoz előnyös, illetve hátrányos vonásokat, melyek figyelembevétele igen hasznos lehet a programok jövőbeli bevezetését fontolgató országok számára. Emellett a konkrét végrehajtási tapasztalatok azt mutatják, hogy ami az egyik végrehajtási közeg számára előnyös és bevált, az nem feltétlenül mondható el egy másik börtönkörnyezetben, ahol esetleg egy másik modell nyeri el az érintettek bizalmát, azaz a helyi viszonyok döntően befolyásolhatják a modell-választást.

1. Az elsőként említett modellt vizsgálva megállapítható, hogy amennyiben a kézből kézbe szétosztást a börtön orvosai, egészségügyi alkalmazottai végzik, pozitívként könyvelhető el, hogy személyes kapcsolat jöhet létre a felek között, és megismerhetővé válnak a korábban nem ismert kábítószerélvezők is. A tűkhöz való hozzáférés tekintetében a börtönök azonban ilyenkor nagyfokú kontrollt gyakorolnak. Ez egyúttal az anonimitás, és a bizalom alacsonyabb szintjét eredményezi, ami pedig a részvételi arányt hátrányosan befolyásolhatja. További negatívum lehet, ha az eszközökhöz való hozzájutás csak az intézeti órákban biztosított, ez ugyanis szintén kedvezhet a tűk megosztott, közös használatának. Ez különösen igaz azon esetekben, ha a merev egyet egyért szabályt követik.

2. A hatásvizsgálatok azt mutatják, hogy ha a végrehajtási intézet önkéntes alapon toborzott fogvatartottak bevonásával végzi a steril eszközök biztosítását, ez nagy elfogadottságnak örvend a fogvatartottak körében. Ez a megoldás ugyanis az anonimitásra, a bizalomra épül, amelynél a végrehajtási személyzet nem gyakorol közvetlen ellenőrzést a szétosztás/elosztás felett. Emellett az eszközökhöz való hozzájutás szinte a nap 24 órájában

biztosított. Az egyet egyért cseré következetes alkalmazása azonban ilyenkor nehezebben érvényesíthető.

3. Amennyiben a program külső nem kormányzati szervek, illetőleg ugyancsak „külsős” egészségügyi személyzet bevonásával működik, az elsőként vázolt esettel egyező vonások (személyes kapcsolat a fogvatartottakkal, ideértve a korábban nem ismert drogosokat, a börtön nagyfokú ellenőrző szerepe a szétosztás felett, az elérhetőség korlátai a hivatali órák miatt) fedezhetők fel. Eltérés ugyanakkor, hogy itt az anonimitás jobban megőrizhető, bár ezt alááshatják azon törekvések, amikor a börtön a külső szervektől információszolgáltatást követel meg a program résztvevőiről. A börtönszemélyzet részéről is megfigyelhetők fenntartások a programot végző külső szervek irányába, illetőleg ez utóbbiak jobban elszenvedhetik a börtönön belül uralkodó bürokrácia hatását, mint az ott dolgozó egészségügyi alkalmazottak. A külsős állomány változása, fluktuációja pedig a program folytatását akadályozó tényező lehet.

4. Tűcsere-automaták alkalmazása esetén a hozzáférés és az anonimitás nagyfokú, így kedvező a fogvatartottak általi elfogadottsága. Ezzel szemben csak egy steril eszközhöz lehet jutni a használtért cserébe. Fennáll továbbá a berendezés megrongálásának, a vandalizmusnak a veszélye azok részéről, akik nem szimpatizálnak a programmal. Ez a megoldás igen csak költséges, szemben például a fogvatartotti részvétellel működő programokkal. Az esetlegesen fellépő technikai problémák pedig akár hosszabb időre is lehetetlenné teszik a tűk cseréjét, ezáltal csökkentve a fogvatartottak bizalmát a program iránt. Számolni lehet továbbá azzal, hogy egyes börtönök építészeti nem alkalmasak ilyen berendezések felállítására, mivel nincs olyan diszkrét terület, ahol a szabad hozzáférés biztosított lenne a fogvatartottak számára.⁴⁵²

VIII.4.3.9. A sikeres projektek összetevői

Joggal vetődik fel a kérdés, hogy a tűcsere-programok alkalmazására – a pozitív hatásvizsgálatok fényében - miért nem kerül sor több végrehajtási intézetben. Annak ellenére ugyanis, hogy sok ország felismerte a különféle vér útján terjedő fertőző betegségek, valamint a tilalmazott injektló drogfogyasztás közötti összefüggést, illetőleg mindinkább a figyelem középpontjába kerültek a megelőzés kérdései, és megnőtt az ártalomcsökkentő stratégiák büntetés-végrehajtásba történő adaptálásának igénye, 2004-ben Svájcban, Németországban,

⁴⁵²Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m.44-53.pp.

Spanyolországban, Moldovában, a Kirgiz Köztársaságban és Fehéroroszországban összesen körülbelül 50 végrehajtási intézetben éltek ezzel a hatékony prevenciós beavatkozással. A steril injektáló eszközök biztosítása a fogvatartottak számára ilyenformán a világ börtönnépességének csak minimális hányadát érintette, illetve érinti jelenleg is. Az előnyök ellenére ezen börtönalapú ártalomcsökkentő intézkedés tényerése így lassúnak bizonyul a fertőző betegségek gyors terjedésével szemben.⁴⁵³

A feltehető okok között említhető, hogy nagyfokú a drogfogyasztás társadalmi elutasítása és a legtöbb esetben nincs politikai törekvés a fogvatartottak életkörülményeinek javítására, mivel az emberek jelentős részének nincs is tudomása, illetőleg hiányos információkkal rendelkezik a HIV/AIDS-probléma börtönbeli méreteiről, a fenyegető veszélyről. Az USA-ban például a tűcsere-program azért nem örvend politikai körökben népszerűségnek, mert felismerték, hogy a börtönök drogmentessége nem biztosítható, és úgy vélik a projekt ezt a kudarcot szimbolizálja. Az ország tudományos és egészségügyi szervezeteinek széleskörű támogatása ellenére ez a HIV prevenciós beavatkozás így népszerűtlen maradt a politikusok körében.⁴⁵⁴ A kanadai börtönhatóságok az ország kormányzati és nem kormányzati szerveinek többszöri felhívása ellenére is vonakodnak a tűcsere bevezetésétől, aminek hátterében két ok húzódik meg. Egyrésztől attól tartanak, hogy a program végrehajtásával a drogfogyasztás, mint illegális tevékenység „szentesítve” lenne és a kábítószerélvezet bátorításaként értelmeznék e lépést, másrésztől pedig biztonsági szempontokra hivatkoznak: az eszközök fegyverként történő használata veti vissza a steril tűk, fecskendők biztosítását.⁴⁵⁵

Vannak országok, melyek nem fogalmaztak meg hivatalos állásfoglalást a tűcsere kapcsán, míg mások kifejezetten visszautasítják ennek az ártalomcsökkentő módszernek az alkalmazását. Így például a skót büntetés-végrehajtás által 2000-ben kiadott dokumentum „körültekintő megfontolás után” jutott arra a következtetésre, hogy steril fecskendők és tűk biztosítása nem helyénvaló a börtönökkel összefüggésben. Ezzel szemben a dokumentum megfogalmazása szerint általános higiéniai célból és az illegális tevékenységekhez fertőtlenítő tablettákat, valamint azok használatára vonatkozó tájékoztatást kell biztosítani.⁴⁵⁶ A szemléletváltást tükrözi a korábban már hivatkozott lépés a 2005. februári program bevezetéséről.

⁴⁵³ Stöver, H. –Nelles, J.: i.m. 443. p.

⁴⁵⁴ Davies, R.: Prison's second death row. *Lancet* 2004/364. 317-318. pp.

⁴⁵⁵ (Ontario Medical Association): i.m. 8. p.

⁴⁵⁶ (Scottish Prison Service) Partnership and co-ordination. SPS action on drugs. Revised guidance on the management of drug misuse in Scotland's prisons. 2000. 34. p.

A tűcsere-programok költségvonzatát vizsgálva az is leszögezhető, hogy a HIV/AIDS betegek kezelésének kiadásai számottevően nagyobbak, mint azon költségek, melyek az új HIV fertőzések megelőzéséhez kapcsolódnak a steril injekciós eszközök biztosításával. A tűcsere alkalmazásának elutasítása így pénzügyi okokra hivatkozással nem állja meg a helyét.⁴⁵⁷ A megfelelő anyagi háttér hiánya a börtön-egészségügyi szolgáltatások területén különösen Európa keleti felén és az egykori Szovjetuniótól függetlenné váló országok vonatkozásában jellemző, ennek ellenére olyan alacsony jövedelmű országok, mint Moldova, Fehéroroszország, illetve a Kirgiz Köztársaság is sikeresen és hatékonyan működtetik jelenleg is a tűcsere-t a börtönkörnyezetben.

A lehetséges előnyök és hátrányok latolgatása mellett a programok hatékonysága érdekében bizonyos faktorok szem előtt tartása, érvényesítése elengedhetetlen feltétel.

A témával foglalkozó szakemberek szerint a siker egyik összetevője, hogy a program a végrehajtás legmagasabb vezetői szintjétől támogatottságot élvezzen. Ez a gyakorlatban a börtön-egészségügyért vagy általában a börtönökért felelős legfőbb hivatalnokok, illetve a börtönvezetés általi elismerésben nyilvánul meg. Emellett fontos a végrehajtási személyzet hozzáállása, viszonyulása a tűcsere alkalmazásához és részvételük a programban. Meghatározó szerepe lehet továbbá a személyzettel folytatott konzultációknak, a különböző oktatási műhelymunkáknak is.

Ugyancsak alapvető jelentőséggel bír, hogy a fogvatartottak bizalommal forduljanak a tűcsere alkalmazásához, hiszen támogatottság hiányában a programok életképessége megkérdőjelezhető. Az, hogy a fogvatartottak számára melyik modell a legkedvezőbb, nagy eltéréseket mutathat. A spanyol kísérleti program tapasztalatai Bilbaóban például azt jelezték, hogy a fogvatartottak bizalmát, támogatottságát a végrehajtási személyzettel szemben jobban élvezték a külső nem kormányzati szervek, melyek bevonásával a tűcsere sikeresen működhetett. Ez a projekt egyúttal azt is kifejezésre juttatta, hogy a bizalom azon személyzetben, vagy szervezetben, mely a szétosztást végzi, illetve a nyújtott szolgáltatás minősége, fontosabb lehet a teljes anonimitás biztosításánál. A tűcsere végző berendezések helyett így itt a személyes kapcsolaton nyugvó megoldást részesítették előnyben. Németországban a két kísérleti projekt értékeléséből ezzel szemben az volt észlelhető, hogy a fogvatartottak részéről kedvezőbb volt a megítélése az anonimitást jobban biztosító tűcsere-automatáknak, mint az egészségügyi dolgozók által végzett szétosztási módszernek. Moldovában a fogvatartottak magas részvételi aránya a programban az önkéntes alapon

⁴⁵⁷ Bővebben: *Lurie, P. – Gorsky, R. – Jones, Ts – Shomphe, L.: An economic analysis of needle exchange and pharmacy-based programs to increase sterile syringe availability for injection drug users. 1988.*

toborzott fogvatartottak bevonásának volt köszönhető, lévén az egészségügyi részleg által korábban végzett tűcsere nem nyerte el az elítéltek bizalmát.

További elengedhetetlen feltétele a sikeresen működő projekteknek a megfelelő hozzáférés biztosítása. Olyan helyszíneket kell tehát kijelölni a végrehajtási intézeten belül, melyek a fogvatartottak által könnyen megközelíthetőek és kellő diszkrécióval teszik lehetővé a programban való részvételt. Moldovában például a börtönegységben élő és a tűcserét lebonyolító fogvatartottak által vált lehetővé a 24 órás hozzáférés megteremtése. A svájci Hindelbanki projektnél az intézmény 6 különböző félreeső, diszkrét helyen állítottak fel tűcsere-automatát, míg a kirgiz modellnél, ahol az első kísérleti programot az IK-47-es szigorított börtönben vezették be, a szétosztás helyeként az őrség közvetlen ellenőrzéséből kikerülő egészségügyi szárnyat választották ki a megfelelő elérhetőség biztosítására.

A tűcsere-programok hatásvizsgálataiból megállapítható, hogy az alkalmazásból fakadó egyik legnagyobb egészségügyi eredmény a tűk több fogvatartott közötti megosztott használatának visszaszorítása, és ezzel összefüggésben a HIV és a hepatitis fertőzések transzmissziójának megelőzése.

Ugyancsak pozitívumként könyvelhető el a halálos, illetőleg nem-halálos kimenetelű heroin túladagolások számának drasztikus csökkenése. A program bevezetését megelőzően, azon ritka alkalmakkor, amikor a fogvatartottak hozzájuthattak a közösen használt fecskendőkhöz, ugyanis általában nagy adagokat injektáltak be maguknak. Jelenleg a steril tűk elérhetősége lehetővé teszi, hogy kisebb dózisokat használjanak, így hatásosan megelőzhető a túladagolás.

Emellett az ártalomcsökkentő filozófia adaptálása alapvetően megváltoztatta a fogvatartottak hozzáállását is: jobban megnyíltak az egészségügyi dolgozóknak, a tanácsadóknak, azaz könnyebbé vált a beszélgetés a drogfogyasztásról, az ártalomcsökkentésről. Az a körülmény tehát, hogy sokan bekapcsolódtak a tűcsere-programba, elősegítette a túladagolások redukálását.

Az alábbi táblázat az egyes tűcsere-programokat hasonlítja össze a fertőző betegségek (HIV, hepatitis) előfordulása, az eszközök megosztott használata, a drogfogyasztás, valamint az injektáló tevékenység szempontjából.

Börtön/ország	HIV/Hepatitis	Közös túhasználat	drogfogyasztás	Injektálás
Am Hasenberge Németország	Nincs adat	jelentősen csökkent	Nem növekedett	Nem növekedett
Basauri Spanyolország	-	Jelentősen csökkent	Nem növekedett	Nem növekedett
Hannöverstand Németország	Nincs adat	Jelentősen csökkent	Nem növekedett	Nem növekedett
Hindelbank Svájc	-	Jelentősen csökkent	csökkent	Nem növekedett
Berlin Németország	HIV-eset nincs, de hep. C igen	Jelentősen csökkent	Nem növekedett	Nem növekedett
Lingen I Németország	-	Jelentősen csökkent	Nem növekedett	Nem növekedett
Realta Svájc	-	Egyedi esetek	csökkent	Nem növekedett
Vechta Németország	-	Jelentősen csökkent	Nem növekedett	Nem növekedett
Vierlande Németország	-	Kis változás, ill. csökkenés	Nem növekedett	Nem növekedett

Forrás: Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G-Stöver, H.-Laticevschi, D.-Nelles, J.: i.m. (Second edition)

A másik szignifikáns egészségügyi előny a tályogok, illetőleg egyéb, az injektálással összefüggő fertőzések csökkenése. Amíg például Svájcban a tűcsere bevezetését megelőzően a tályogok kezelése az egészségügyi munka meghatározó része volt és jelentős összegeket emésztett fel, addig a steril eszközök fogvatartottak számára való biztosításával a betegség visszaszorulását érték el. Hasonló eredményekről számoltak be a Kirgiz Köztársaságból is,

ahol a 3. számú börtönkolónián a steril eszközök biztosításával szembetűnően csökkentek a tályogokkal összefüggő problémák.⁴⁵⁸

A hatásvizsgálatokból az is megállapítható, hogy a HIV és a hepatitis fertőzés megelőzése akkor lehet igazán eredményes, ha a tűcsere egy átfogó ártalomcsökkentési stratégia egyik komponense. A HIV és hepatitis oktatás, a szubsztitúciós terápia, óvszerek, fertőtlenítő felszerelések szétosztása a fogvatartottak között, az anonim szűrések ugyanis jól megférnek a tűcsere alkalmazása mellett, sőt együttesen eredményesebben érhetik el a prevenciók célkitűzést. Így például Spanyolországban a helyettesítő kezelésben való részvétel mellett a fogvatartottaknak arra is lehetőségük nyílik, hogy a tűcsere-programba is bekapcsolódjanak. Ezzel szemben ellenpéldaként említhetném Németországot, ahol a metadon programban való részvétellel az érintettek kizárták magukat a steril injektló eszközök biztosításának lehetőségéből, azaz a két ártalomcsökkentő, prevenciós módszer együttes alkalmazására nem kerülhetett sor.

Végezetül osztom a szakértők azon véleményét, miszerint célravezető a tűcsere alkalmazását kísérleti projektek bevezetéséhez kötni, és csak gondos kiértékelés után dönteni más végrehajtási intézetekre, eltérő végrehajtási környezetre történő kiterjesztéséről. A példák alapján egyes országokban egyetlen kísérletet követően már adaptálták a programot, míg mások (pl. Németország) egyszerre több projekt tapasztalataira hagyatkoztak. A bemutatott hat ország modelljeit figyelemmel kísérve leszögezhető, hogy pozitív kiértékelések után nem érdemes késlekedni a szélesebb közegben történő alkalmazással. Példaként említhető a Kirgiz Köztársaság, melynél 2002. októberében indult útjára az első kísérleti projekt. A 2003-as év elején már döntés született a kiterjesztéséről más börtönökre is, végül 2004. áprilisában már mind a 11 végrehajtási intézetben működött tűcsere-program, azaz másfél év leforgása alatt az egész országra kiterjedően sikerült alkalmazni ezen ártalomcsökkentő stratégiát.⁴⁵⁹

A tűcsere programok büntetés-végrehajtási alkalmazásával összefüggésben a spanyol hatóságok által megfogalmazott ajánlások mellett külön kiemelném az 1998-ban a Börtönben működő Drog és HIV/AIDS Szolgálatok Európai Hálózata (European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison) által megfogalmazott irányelveket az európai működés elősegítéséhez. Ezen iránymutatások értelmében a fertőzésekkel szembeni megfelelő prevenció és egészségvédő intézkedések biztosítása a börtönök kötelezettsége. Szükséges továbbá olyan vizsgálatok lefolytatása a börtönkörnyezetben, melyeknek célja annak feltérképezése, hogy az injektló drogfogyasztás hány személyt érint. A tűcsere-programokat

⁴⁵⁸ Wolf, D.: i.m. 41. p.

⁴⁵⁹ Lines, R.-Jürgens, R.-Betteridge, G.-Stöver, H.-Laticevski, D.-Nelles, J.: i.m.53-56.pp.

úgy kellene biztosítani, hogy azok a börtön-egészségügyi szolgáltatások részét képezzék az egészségvédő intézkedések, a tanácsadások, a drogmentes kezelések és a szubsztitúciós kezelések mellett. Szükséges ezen prevenciós eszközök bevezetésével járó előnyök mérlegelése, majd az elért eredmények publikálása. Az irányelv értelmében az adott börtönkörnyezet sajátos feltételei határozzák meg, hogy a steril eszközök szétosztása tűcsere-automaták felállításával történjen, vagy inkább személyes kontaktuson alapuljon. A steril eszközök elérhetőségének folyamatosságát pedig biztosítani kell, függetlenül attól, hogy a szétosztást civil személyek, vagy maga a börtön végzi-e. A program hatékonyságát nagyban meghatározó tényező, hogy az széleskörű elfogadottságnak örvendjen: ezt az elfogadottságot kell megerősíteni és fenntartani a börtönszemélyzet és a fogvatartottak, a politikai és jogi hatóságok között, a szakemberek és a közvélemény körében. Alapvető követelmény továbbá a titkosság biztosítása annak érdekében, hogy az érintett fogvatartottaknak ne kelljen negatív következményektől tartaniuk hátralévő ítéleti tartamuk alatt. Ugyancsak a hatékonyságot befolyásoló szempont olyan helyszín megválasztása, ahol az eszközök könnyedén elérhetőek. A dokumentum végezetül leszögezi, hogy hatékony megelőzés csak akkor vihető végbe, ha tanácsadással és egyéb prevenciós eszközökkel egészül ki. Így biztosítani kellene, hogy a fogvatartottak és a végrehajtási személyzet egyaránt kötelező oktatásokon és önkéntes alapon szervezett tréningeken vegyen részt. Ezek elsősorban a kábítószer-fogyasztással és a fertőzések kockázati tényezőire vonatkozó alapismereteket tartalmazzanak, továbbá foglalkozzanak a fertőzések transzmissziójának és a megelőzésnek a kérdéseivel, a biztonságosabb használattal és a biztonságosabb szexuális érintkezéssel, valamint a drogokkal összefüggő elsősegéllyel.⁴⁶⁰

VIII.4.3.10. A tűcsere létjogosultsága a végrehajtási intézetekben

A tűcsere-programok értékeléséből végső összefoglalásként az alábbi következtetések vonhatók le:

- A börtönök tűcsere-programjai biztonságosnak tekinthetők, hiszen az alkalmazó országokban nem jelentettek biztonsági kockázatot, veszélyt a végrehajtási közeg számára.
- Nem eredményezték a drogfogyasztás és ezen belül az injektáló kábítószer-fogyasztás növekedését sem.

⁴⁶⁰ Rutter, S. – Dolan, K. – Wodak, A. – Heilpern, H.: 35-36. pp.

- A hatásvizsgálatok és az eredmények kiértékelése alapján megállapítható, hogy bevezetésükkel csökkentek a kockázati tényezők és megelőzhetővé vált a betegségek transzmissziója.

- A program nem tette legálissá a drogfogyasztást, és nem ásta alá az absztinencia-alapú törekvéseket.

- A tű-, és fecskendőcsere sikeresen bevált és alkalmazható volt az egymástól eltérő végrehajtási közegekben is.

- A program sikerét nagyban elősegítette, ha a börtönigazgatás, a személyzet, illetve a fogvatartottak támogatását is élvezte.

- A tűcsere-programok alkalmazásának legjobb módja pedig kísérleti projekt keretében történő bevezetésük volt.

Úgy vélem a tűcsere-program fertőzésekkel szembeni prevenciós jelentőségéhez a fentiek tükrében nem férhet kétség. Utalnék arra, miszerint egy 8 településre kiterjedő külföldi vizsgálat eredményei például azt mutatták, hogy azokban a városokban, ahol a tűcsere-programok bevezetésre kerültek a HIV előfordulása éves szinten 5,8%-kal csökkent, míg azokban, ahol mellőzték a programot évente 5,9%-os növekedés volt tapasztalható.⁴⁶¹ A program hatékonyságának elismerése, a vitathatatlan pozitívumok ellenére, azonban jelenleg még leginkább az általános lakosság körében jellemző és a büntetés-végrehajtások java része továbbra is kételyeit, ellenvetéseit fogalmazza meg az alkalmazás kapcsán. Hazánkban is történtek kezdeményezések arra vonatkozóan, hogy megvizsgálják a bevezetés esetleges lehetőségét, de az alkalmazásra irányuló elképzelések biztonsági előírásokba ütköztek.

A honi végrehajtási viszonyok, a kábítószerfogyasztás méretei, a fertőzöttségi mutatók ismeretében lehetséges, hogy nincs még itt az idő ezen ártalomcsökkentő kezdeményezés bevezetésére. Kérdésként fogalmazható meg ugyanakkor, hogy ha az injektló drogfogyasztás, illetve folyományaként a közös eszközhasználat általános jelenséggé válna, és a HIV, illetve a hepatitis rátái már nem lennének kordában tarthatók, megkapná-e a program a szükséges támogatást a végrehajtás és a fogvatartottak részéről, felkészült-e a magyar büntetés-végrehajtás a bevezetésre. Illetve ugyancsak elgondolkodtató, hogy várnunk kell-e addig, amíg a HIV/AIDS, valamint hepatitis-probléma kezelhetetlenné válik.

Az általam megkérdezett végrehajtási szakemberek többsége például annak a véleményének adott hangot, hogy a kábítószerfogyasztás kedvező adatai egyáltalán nem

⁴⁶¹ (Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Needle and syringe programs. 2006.

indokolják a program alkalmazását. A Nagyfai Országos Büntetés-végrehajtási Intézet orvosigazgatója például arról számolt be, hogy az intézetben a fogvatartottak körében nincs kábítószerfogyasztásra utaló jel, így a steril tűk, fecskendők biztosításának szükségessége fel sem merült. A Szegedi Fegyház és Börtön drogprevenciós körletén dolgozó egyik csoportfoglalkozás-vezető ugyanakkor határozottan állította, hogy az intézményen belül a kábítószeresek, illetve fogyasztásuk jelen van, de injektló drogfogyasztással eddig még nem találkoztak, ilyenformán a tűcsere-program bevezetését ő sem tartotta indokoltnak.

A magam részéről a jelen körülmények között is fontosnak tartom a bevezetés mellett döntő, ezen prevenciós eszközt alkalmazó országok tapasztalatainak, hatásvizsgálatainak figyelemmel kísérését, kiértékelését. A fertőző betegségek mutatói alapján jelenleg szerencsésnek mondhatjuk magunkat, de nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a tényleges helyzetet hűen tükröző statisztikai adatokkal nem rendelkezünk. Ahogy arra már többször utaltam az önkéntes alapon működő HIV-szűrés lehetőségét évről évre kevesebb számú fogvatartott veszi igénybe, a HIV fertőzésnél pedig jóval veszélyesebb hepatitis C tesztelése anyagi erőforrások hiányában akadozik. Ilyen körülmények között csak becslésekbe bocsátkozhatunk, de a tétlenség, a passzív hozzáállás nem elfogadható magatartás. Ebben a helyzetben a már bevált prevenciós intézkedések megtétele mellett további ártalomcsökkentő kezdeményezések létjogosultságát, alkalmazhatóságát is megfontolhatjuk. Ilyenformán előnyünk is származhat abból, hogy a mások által már kitaposott utat járhatjuk be egyes ártalomcsökkentő módszerekkel kapcsolatosan. A minták, a modellek adottak, azokat kell a helyi börtönviszonyokra, végrehajtási környezetre átültetni, adaptálni.

Úgy vélem, ha a tűcsere-program elfogadottságra találna, feltétlenül szükséges lenne kísérleti projekteken gondolkodni, és a börtönkörnyezethez, a végrehajtási intézetek adottságaihoz, a kábítószerfogyasztás méreteihez mérten választani az egyes számításba jöhető modellek között, adott esetben azok kombinációját érvényesíteni. Ehhez azonban elengedhetetlenül szükséges lenne annak feltérképezése, hogy az injektló drogfogyasztás a fogvatartotti népességen belül hány embert érint, érvényesül-e esetükben az injektló eszközök megosztott használata. További fontos lépés lehet azon oktató és felvilágosító programok bevezetése, illetve kiterjesztése, melyek célja a kábítószerfogyasztás és a fertőző betegségekkel összefüggő alapismeretek elmélyítése. Annak érdekében, hogy a program által nyújtott előnyöket mind nagyobb számban megértsék, célravezető a programok tapasztalatainak minél szélesebb körben történő közzététele, megismertetése.

Figyelembe kell továbbá venni, hogy a program eredményességéhez szükséges diszkréció megfelelő helyszín kiválasztását igényli. Ha az intézményeink építészeti

adottságait megvizsgáljuk, illetve az anyagi erőforrásaink jelenleg is igen korlátozott voltát vesszük alapul, akkor kevés esélyt látok tűcsere-automaták felállítására. Úgy vélem, olyan modell választása mellett kellene elsősorban érvelni, mely a titkosság biztosításával leginkább elnyerhetné a fogvatartottak bizalmát. Amennyiben ugyanis az érintettek azért nem vennék igénybe a steril tűket és fecskendőket, mert kilétük felfedésétől tartanak, akkor az egész program célkitűzése, azaz az injektláló eszközök többek általi közös használatának visszaszorítása megghiúsulna. A fogvatartottak az injektláláshoz szükséges eszközöket továbbra is közösen használnák, ezzel is elősegítve a HIV, illetve a hepatitis transzmisszióját. Mivel az ártalomcsökkentő kezdeményezések jelentős része, így a tűcsere is a bizalomra épül, a civil szervezetek, szociális munkások bevonása a programba mindenképpen megfontolást igényel.

VIII.4.4. Az ártalomcsökkentő szubsztitúciós kezelés

A helyettesítő/szubsztitúciós kezelés lényege, hogy az illegális kábítószer (elsősorban ópiátok) használatát egy olyan szerrel váltják ki, amely orális úton tabletta, vagy szirup formájában szedhető és legális úton beszerezhető. Ezzel a módszerrel többek között kiküszöbölhetővé válik az intravénás használat, az injektláláshoz szükséges eszközök megosztott használata, visszaszorítható az illegális kábítószer-beszerezés, csökkenthető a túladagolás kockázata. A kezelés összetett szerepéből adódóan egyes nézetek szerint a helyettesítő/szubsztitúciós elnevezés nem túl szerencsés, hiszen nem egyszerűen egyik drog másikkra történő cseréjéről, pótlásáról van szó. Így a kezelés ennél sokkal komplexebb megközelítésben értelmezhető csak helyesen.⁴⁶²

Jelenleg a heroin-, és más ópiátfüggők kezelése során alkalmazott legelterjedtebb helyettesítő szer a metadon. A metadont, amely egy szintetikus, a heroinnál lényegesen hosszabb hatástartamú ópiát, a II. világháború időszakában, 1941-ben fedezte fel Max Bockmühl és Gustav Ehrhard Németországban. Ekkor olyan szintetikus fájdalomcsillapítókat kerestek, melyek szemben például a morfinnal, a dózis folyamatos emelése nélkül is képesek voltak stabilizálni az ópiátfüggőséget.⁴⁶³

⁴⁶² V.ö. *Yakoub, S.*: Caring for drug dependent individuals in prison: The French approach in the framework of the Specialised Centre for care of Problematic Drug Users at the St. Anne Hospital Centre. *Connections*. 2004/15. 9. p.

⁴⁶³ E témáról bővebben: *Demetrovics Zsolt-Honti Judit-Csorba József-Személyácz János*: A szubsztitúciós metadon kezelés. Történeti áttekintés. Letölthető: <http://www.tiszanet.hu/~jhonti/hungarian/meta-hu.htm>

A metadonnal való kezelésnek jelenleg három formája ismert.⁴⁶⁴ Egyrészt beszélhetünk a rövid detoxikációs kezelésről, amely az ópiátmentesség minél gyorsabb elérésére és a detoxikációra irányul. Tartama maximum 30 nap. A hosszú távú detoxikációs kezelés jellemzője a fokozatosságra épülő csökkentés, melyet elsősorban a hosszabb ópiátfüggőségi múlttal rendelkező betegeknél használnak. Időtartama 1 és 6 hónap között változik. Végül megkülönböztetjük az ún. szubsztitúciós (hosszútávú fenntartó) kezelést, mely akár évekig is eltarthat, lévén belátható időn belül az adott személynél az ópiátmentesség nem érhető el, azaz a teljes absztinencia nem alakítható ki.

Habár a tapasztalatok azt mutatják, hogy a metadon-kezelés akkor igazán hatásos, ha nagyobb dózis kerül alkalmazásra fenntartó kezelés formájában, számos program fókuszál rövid tartamú detoxikációra csökkenő dózissal.

A fenntartó kezelésnél a folyamatosság bír nagy jelentőséggel, az eljárás megszakítása ugyanis a hatékonyságot jelentősen visszavetheti. A kezelés célja nem a kábítószer-fogyasztástól, hanem az intravénás adagolástól való elszakítása az érintetteknek. A kezelés során először a korábban használt kábítószer-mennyiség alapján megállapítják a kezdő adagot, és a beteget átállítják a metadonra. Majd miután beindul a szervezet tisztulása, a dózis fokozatos csökkentésével a szert teljesen elvonják. A szakirodalom többségi álláspontja szerint jelenleg ez tekinthető a leghatásosabb kezelésnek a heroin-függő injekciós drogosok számára, mert megszünteti a drog iránti sóvárgást, hatékonyan csökkenti a HIV fertőzés veszélyét, orális használata révén megszünteti az ópiát-készítmények intravénás adagolását és nagymértékben tudja redukálni a droghalálozások arányát.

Európában a civil szférában az első metadon-kezelésre Svédországban került sor 1967-ben, majd Hollandia, Nagy-Britannia, Dánia alkalmazta e kezelési módszert.⁴⁶⁵ A szubsztitúciós terápia ezen formája a '90-es évek közepe óta igen gyorsan terjedt el a társadalomban. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának adatai alapján napjainkban több mint félmillió európai részesül helyettesítő kezelésben, közülük 80% (a speciális kezelőközpontokat is figyelembe véve 90%) esetén metadon felírására kerül sor. Így jelenleg továbbra is ez tekinthető a leggyakrabban alkalmazott helyettesítő anyagnak.⁴⁶⁶

⁴⁶⁴ Itt jegyezném meg, hogy a Pszichiátriai Szakmai Kollégium a Metadon kezelés szakmai irányelveiről című módszertani levele a metadonnal történő kezelés két fajtájáról tesz említést. Így szól a hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelésről, de a metadon detoxikáción belül nem tesz különbséget rövid, illetőleg hosszú tartam között.

⁴⁶⁵ Csorba József: Metadon szubsztitúciós kezelés. Hippocrates 2001/1. 62-65. pp.

⁴⁶⁶ A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése. i.m. 79-80. pp.

Hazánkban 1987-ben dokumentálták az első metadon-kezelést a Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztályán. A szubsztitúciós metadon-kezelés magyarországi elterjedésében kétségtelen szerepet játszott az ópiát típusú függőségi esetek számának rohamos emelkedése a '90-es évek közepén. 1993-ban a Fővárosi ÁNTSZ hivatalosan is engedélyezte a metadon tartalmú gyógyszerek használatát az ópiátfüggőség kezelésében. Álláspontjuk szerint ezt a lépést a lakosság egészségi állapotának javítása, a szenvedélybetegségek leküzdése és megelőzése érdekében kell megtenni. E határozat nyomán vált tulajdonképpen hivatalossá a metadon-kezelés. 1995-ben a pécsi Drogambulancián, majd 2000. májusában Veszprémben is elkezdődött az ópiátfüggő betegek metadon-kezelése. E három ambuláns központon kívül egyes pszichiátriai, illetve addiktológiai osztályokon is használják a szert detoxikációs, valamint szubsztitúciós célból.⁴⁶⁷

Itt jegyezném meg, hogy a metadon mellett az utóbbi néhány évben egyre jobban elterjedő kezelési alternatíva a buprenorfin használata. Ezt a gyógyszert ugyancsak fájdalomcsillapítóként fejlesztették ki és az 1970-es évek végétől javasolják az ópiátfüggőség kezelésére. Mivel orális alkalmazás esetén nem szívódik fel megfelelően, így a szublingvális használata jellemző. Napjainkban a helyettesítő kezelésben részesülőknek kb. 20%-a számára ezt a készítményt írják fel. 2004. végére az Európai Unió valamennyi tagállama beszámolt a buprenorfin alkalmazásáról, ugyanakkor a betegek nagy része Franciaországban található. 2003-ban például csak ebben az országban 70000-en részesültek e kezelési formában. A 10 új tagállam közül Csehországban terjedt el széles körben, de ott olymértékben, hogy a buprenorfin megelőzte a metadon alkalmazását is.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy a buprenorfin alkohollal, barbiturátokkal, nyugtatókkal való kombinációja súlyos következményekkel járhat és túladagolás is bekövetkezhethet. A halálesetek azonban igen ritkák, ami valószínűleg a szervezet készítménnyel szembeni magas tolerancia-szintjével magyarázható. E gyógyszerrel való visszaélés csak néhány országban fordult elő (elsősorban Franciaország és Finnország említendő), főként ott, ahol orvosi rendelvényre és a gyógyszertárakban könnyen hozzáférhető, illetőleg a terápiás használat széles körben terjedt el.⁴⁶⁸ Franciaországban a készítmény illegális kereskedelmének visszaszorítása érdekében az egészségügyi tárca 2006-ban bejelentette a buprenorfin kábítószerre nyilvánítását. A rendelkezés nagy vihart kavart, a szubsztitúciós terápiát nyújtó szakemberek kételyeiket fejezték ki a készítmény

⁴⁶⁷Csorba József: i.m.

⁴⁶⁸Hírek az EU lisszaboni Kábítószerügyi Központjából. No 11/2005. és A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése. i.m. 77-82. pp.

újraosztályozásával kapcsolatban. Érveléseik szerint nincs bizonyíték arra, hogy a szigorítás csökkentené a szer feketepiaci hozzáférhetőségét, sőt hosszú távon negatív következményekkel számolnak. Arra a skóciai példára hivatkoztak, amikor a háziorvosok beszüntették a gyógyszer felírását, ennek nyomán pedig megnőtt a heroin-fogyasztás és a halálessel végződő túladagolások száma is. Véleményük alapján ez a szabályozás elrettentheti a szolgáltató orvosokat és a gyógyszerészeket, ami pedig a kezelések fennakadásához vezethet. Ezzel szemben az egészségügyi tárca szerint a rendelkezés csak az illegális kereskedelem ellen irányul és nincs hatással azokra a betegekre, akik törvényes úton jutnak a buprenorfinhoz.⁴⁶⁹

Itt említeném meg, hogy a metadont és a buprenorfinat a WHO 2006. júniusában egyaránt felvette az alapvető gyógyszerek mintajegyzékébe, ami arra is enged következtetni, hogy a szubsztitúciós kezelés ellentmondásos szerepe mérséklődni látszik.

VIII.4.4.1. Metadon-kezelés a börtönökben

A végrehajtási intézetekben a fogvatartottak gyógykezelésének legelterjedtebb módja jelenleg a gyógyszermentes kezelés, amely a kábítószerektől való hosszú távú tartózkodás érdekében pszichoszociális és különféle oktatási technikák érvényesítését jelenti. A szubsztitúciós kezelés alkalmazási köre a végrehajtási közegben jóval korlátozottabb és ez a megállapítás érvényes a civil szférával való összehasonlításnál is.⁴⁷⁰ Mindez annak ellenére, hogy a terápia szempontjából a végrehajtási intézetek „ideális” helynek tekinthetők. Ennek oka, hogy a zárt közegben a beteg folyamatosan figyelemmel kísérhető, emellett a kezelést olyanok is megkaphatják, akik azt a kinti életben anyagi helyzetük miatt soha nem vehetnék igénybe.

A szubsztitúciós, avagy helyettesítő kezelés fogvatartás alatti célja, hogy segítsen:

- csökkenteni az ópiátok iránti vágyat, igényt,
- redukálni a különféle fertőző betegségek (HIV, hepatitis) transzmissziójának kockázatát,
- előmozdítani az egészségüggyel való kapcsolattartást, lehetővé tenni az egyéb betegségek kezelését,
- csökkenteni a visszaesést,

⁴⁶⁹Sárosi Péter: Vita a buprenorfin körül Franciaországban. Drogriporter 2006. 07. 12., letölthető: <http://www.drugreporter.net/index.php?lyt=articles-print&op=articles-print&catalog>

⁴⁷⁰A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése. i.m. 85-87. pp.

- stabilizálni a drogfogasztót fizikálisan, és növelni motivációját a további támogatott programokban való részvételre,

- alapot biztosítani a munkában, oktatásban, képzésben való részvételhez.⁴⁷¹

Szembetűnő, hogy amíg a civil közegben számos ország már a '70-es évek végén, a '80-as évek elején alkalmazta a szubsztitúciós kezelést, addig a végrehajtási intézetekben történő bevezetés leginkább csak a '90-es években következett be.

A táblázat a szubsztitúciós kezelés társadalomban és a börtönökben történő bevezetésének időpontjait tartalmazza.⁴⁷²

Ország	A metadon alkalmazása a társadalomban	A szubsztitúciós kezelés bevezetése a börtönben
Ausztria	1987	1987
Belgium	1994	2000
Cseh Köztársaság	1992	2003
Dánia	1970	1983
Finnország	1974	1997
Franciaország	1973 (kísérleti jelleggel)1996 hivatalos bevezetés	2001
Görögország	1996	nem került bevezetésre
Hollandia	1970	1972
Írország	1992	1996
Lengyelország	1993	2003
Luxemburg	1989	1997
Németország	1987	1990
Olaszország	1980	1990
Portugália	1979	1999
Skócia	2000	2003
Spanyolország	1983	1992
Svédország	1967	nem került bevezetésre
Szlovénia	1994	1995

A bevezetés eltérő időpontjai mellett a börtönkörnyezetben végzett helyettesítő kezelések különbségeket mutatnak a társadalomban végzett szubsztitúciós terápiákhoz képest. Elsőként említhető a kezelés célja, amely a végrehajtási közegben gyakorta az absztinencia-

⁴⁷¹ Stöver, H. – Weilandt, C.: i.m. 99. p.

⁴⁷² Forrás: Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselmann, J.: i.m. 410-411. pp.

szemléletre épül, így a gyakorlatban sok esetben a detoxikáció jut döntő szerephez és a fenntartó kezelés háttérbe szorul. Jellemző továbbá, hogy a börtönökben a metadonra és az egyéb helyettesítő szerekre, drogként, élvezeti szerként tekintenek és a gyógyászati megközelítés kevésbé érvényesül. A végrehajtási intézetekben a bevétel ellenőrzése során előtérbe kerülnek a biztonsági intézkedések, ahogy a strukturális feltételeket is mérlegelni kell. Ebben a közegben eltérő értelmet kap az orvos-beteg kapcsolat, lévén a kábítószer-élvező fogvatartottakat az orvosválasztás joga, szabadsága nem illeti meg. A biztonsági, ellenőrző mechanizmusok révén azonban arra is van példa (lásd Olaszország), hogy a szubsztitúciós kezelés a kereskedés kockázata tekintetében jobban működhet a végrehajtási közegben, mint a külvilágban.⁴⁷³

A végrehajtási intézetek által alkalmazott helyettesítő drogot vizsgálva megállapítható, hogy közülük a metadon bír a legnagyobb jelentőséggel. A legtöbb esetben a protokoll és a gyakorlat azonban sokkal inkább az adott intézetek szükségleteire és követelményeire orientál, mint az egyes betegek igényeire. A végrehajtási közegben a metadon alkalmazása mellett szól, hogy a buprenorfinnal szemben olcsóbb, napi egyszeri alkalmazásról van szó, könnyebb a fogvatartottak részére történő szétosztása, és a bevétel ellenőrzése is, azaz nem igényel annyi időt és személyzetet sem.⁴⁷⁴ Ezek a körülmények pedig azt eredményezik, hogy a helyettesítő kezelést nyújtó végrehajtások az intézetek igényeit és követelményeit szem előtt tartva döntenek inkább a metadon alkalmazása mellett, figyelmen kívül hagyva esetlegesen a beteg eltérő érdekeit. A metadon használata esetén néhány személynél (a betegek kevesebb mint 20%-ánál) mellékhatások is felléphetnek. A legjellemzőbb tünetek a verejtékezés, a székrekedés, emellett alvás,- és koncentrációzavarok is jelentkezhetnek, illetve előfordulhat súlygyarapodás is. Ezek a mellékhatások általában csak a kezelés kezdetén figyelhetők meg és idővel enyhülnek, de esetenként hosszabb ideig is fennállhatnak.⁴⁷⁵

A szakirodalom alapján általánosságban elmondható, hogy azokban az országokban, ahol a végrehajtási intézetekben elérhető a metadon-kezelés, a leggyakrabban használt módja

⁴⁷³ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 271. p.

⁴⁷⁴ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 417-418. pp.

⁴⁷⁵ Kastelic, A.: Substitution treatment in prisons. In.: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007. 123-124. pp.

a rövid távú detoxikáció és kevésbé élnek a fenntartó terápia lehetőségével.⁴⁷⁶ Ez utóbbinak általános gyakorlata jelenleg csak Spanyolországban van.

Egyes országokban a metadonnal történő kezelés tartama írásos irányelvekben került rögzítésre, amely Olaszország és Hollandia esetén például 6-tól 12 hónapig terjed. Más végrehajtásoknál (itt említhető például Németország) az időbeli korlátozások sokkal inkább a mindennapi gyakorlat függvényében alakulnak, hivatalos dokumentumokban rögzítésre nem kerülnek. Spanyolország és Ausztria pedig azon államok közé sorolható, ahol semmilyen időbeli megkötést nem alkalmaznak, a kábítószer-függő személy egyéni szükségleteire koncentrálnak.⁴⁷⁷

A szubsztitúciós kezelést alkalmazó országok gyakorlatát vizsgálva további igen jelentős eltérések figyelhetők meg. Így vannak olyan államok, ahol a helyettesítő kezelést csak rövid távú detoxikációra használják. Példaként említhető a Cseh Köztársaság, ahol az egész országban egy börtönkórházban van szubsztitúciós kezelés buprenorfin alkalmazásával, rövid tartamú detoxikáció formájában. Ugyancsak utalhatnánk Észtországra, ahol a Központi Börtönkórház biztosítja csak a metadonnal történő rövidtávú detoxikációs kezelést és csak azon fogvatartottak számára, akik megfelelő motivációt tanúsítottak arra, hogy felhagynak a kábítószer-fogyasztással.⁴⁷⁸

Ezzel szemben az ítéleti tartamtól függetlenül a fenntartó kezelést biztosítják az osztrák, valamint a dán végrehajtási intézetekben.

A kezelésnek számtalan variánsa alakult ki, így Németországban a 15-20 nap tartamú detoxikáció érvényesül, Hollandiában és Belgiumban alkalmazzák a fenntartó kezelést is, de csak olyan elítéltek esetén, akiknek az ítéleti tartama 6 hónapnál (holland), illetve 12 hónapnál (belga) rövidebb. Emellett egyes országokban a szubsztitúciós kezelést prevenciós céllal a visszaesés megelőzésére is használják: a szabadulást megelőző 3-6 hónapon belül élnek ezzel a módszerrel a túladagolások elkerülése, megakadályozása érdekében.⁴⁷⁹

Jelenleg csak néhány ország van (Spanyolország, Ausztria említhető), ahol a helyettesítő kezelés mindazon fogvatartott számára biztosított, akiknek e terápiára van szükségük. Sokkal jellemzőbb tehát, hogy ezen ártalomcsökkentő módszer elérhetősége például a férőhelyek, erőforrások tekintetében korlátozott a végrehajtási közegben, vagy csak

⁴⁷⁶ Stöver, H – Lines, R.: Silence still = death: 25 years of HIV/AIDS in prisons. In: Matic, S. – Lazarus, J. – Donoghoe, M. (szerk.): HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management. Geneva: WHO 2005. 76. p.

⁴⁷⁷ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m.: 423. p

⁴⁷⁸ Sarapu, M.: Drug prevention and problems in the estonian prison system. Connections 2004/15. 22. p.

⁴⁷⁹ Hennebel, L. – Stöver, H.: Substitution Treatment in European Prisons (STEP): A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in the 15 EU Member States, Czech Republic, Poland and Slovenia. Connections 2004/15. 7. p.

bizonyos fogvatartotti csoportok (HIV és egyéb fertőzöttek, terhes nők) számára teszik azt lehetővé. Így a belga végrehajtási intézetekben a metadon-kezelés folytatására a terhes nők, a HIV-, valamint hepatitis-fertőzöttek, illetőleg – ahogy arra már utalás történt – azon fogvatartottak esetén van lehetőség, akiknél a szabadságelvönás tartama az egy évet nem haladja meg. A kezelés a börtönben is elkezdhető, amennyiben az érintett személy a börtönben kezdte el a heroin fogyasztását, itt következett be nála visszaesés, a detoxikáció sikertelen volt, illetőleg, ha a szabadságvesztés a végéhez közeledik.⁴⁸⁰ Számos ország esetén pedig elmondható, hogy egyáltalán nem ajánlják a szubsztitúciós kezelést a fogvatartottaknak, ami összefüggésbe hozható azzal a körülménnyel, ha a szabad társadalomban a kezelés detoxikációra irányul.

A szubsztitúciós kezelés e formája jelenleg nem elérhető Oroszországban, ahol a metadon az illegális gyógyszerek listáján szerepel,⁴⁸¹ és a nemzetközi nyomás ellenére sem tervezik a közeljövőben való bevezetését, mondván az ország még nem készült fel a narkotikumok egészségügyi alkalmazásának legalizációjára. Habár a drogfogyasztással összefüggő HIV esetek száma az elmúlt években lényegesen növekedett és ezen ártalomcsökkentő módszer hatékonyságát napjainkban már szinte az egész világon elismerik, az ország HIV prevenciós stratégiája nem tartalmazza a helyettesítő kezelést. A visszautasítás mögött meghúzódó lehetséges magyarázat, hogy a társadalom a drogfogyasztás problémáját sokkal jelentősebbnek ítéli meg (69.3%), mint a HIV/AIDS veszélyt (34%).

Fontos megemlíteni ugyanakkor, hogy 1970. előtt a Szovjetunióban a drogfüggőség kezelésénél a metadon és egyéb opioid agonisták alkalmazása elfogadott volt. Ezen helyettesítő szerek betiltására 1977-ben került sor tudományos megalapozottság nélkül, pusztán ideológiai okokból. 1998-ban pedig annak ellenére, hogy egyes, az egykori Szovjetuniótól függetlenné váló államok újragondolták a szubsztitúciós terápiát elutasító politikájukat, az új törvényhozás megtiltotta a helyettesítő kezeléssel összefüggő tanácskozásokat. A probléma továbbra is politikai jellegű maradt. 2005. márciusában például egy metadon-ellenes cikk („Mondj nemet a metadon-programra az Orosz Föderációban!”) jelent meg az egyik orosz egészségügyi szaklapban, mely Kelet-Európában és az egykori Szovjetunióban jelentősen megosztotta a kábítószer-kezeléssel foglalkozó szakembereket. A cikk többek között azt állította, hogy a szubsztitúciós terápia ellentétes az Egyesült Nemzetek 1961-es Egységes Kábítószer Egyezményével, emellett nem tekinthető hatásos kezelési

⁴⁸⁰ *Tods, S.*: Substitution treatments in the belgian prison system. Central and Eastern European Conference on Drug & Infections Services in Prison. Popowo, 18-20 September 2003. Conference report.

⁴⁸¹ Bővebben: AIDS Epidemic Update 2004. – <http://www.unaids.org>

módnak, antihumánus és nem más, mint egyik drog felcserélése egy másikkal. Az újságikk ellen, mely mellőzött minden tudományos racionalitást, több prominens szervezet fogalmazott meg tiltakozó levelet. Ebben egyebek mellett kifejtették, hogy a metadon szubsztitúciós terápia nem lehet ellentétes a hivatkozott konvencióval, mivel 1961-ben a metadont még kizárólag csak fájdalomcsillapításra használták.⁴⁸²

A 2004. és 2006. között folytatott vizsgálatok azt támasztották alá, hogy a szubsztitúciós kezeléssel szembehelyezkedő narkológusok száma e két év leforgása alatt 45 %-ról 39% alá csökkent. Jelenleg a praktizáló narkológusoknak körülbelül a fele támogatja az opioid szubsztitúciós kezelést, mint HIV/AIDS prevenciós és ártalomcsökkentő módszert, ezzel szemben a legtöbb közegészségügyi tisztviselő kategorikusan ellenzi a helyettesítő kezelést. A vita az alkalmazás tekintetében 3 kérdéskör körül összpontosul. Így vita tárgya, hogy a HIV transzmissziója elsődlegesen intravénás drogfogyasztással függ-e össze, mennyi az aktuális száma a HIV pozitív drogfüggőknek, végezetül a szubsztitúciós kezelés valóban hatásosan képes-e csökkenteni a HIV fertőzés kockázatát. Az Orosz Egészségügyi Minisztérium Nemzeti Narkológiai Kutatási Központjának jelentése szerint például az ópiátfüggő személyek mindösszesen 12%-ánál mutatható ki a HIV fertőzés, míg egyéb kutatási központok és klinikák becslései ezzel ellentétesen a fertőzés előfordulását a drogfogyasztók körében 23-25%-ra teszik és az új HIV esetek körében az intravénás használatot több mint 60%-ban jelölik meg. A kezelés eredményessége tekintetében az orosz narkológusok sem a WHO álláspontját, sem pedig a vonatkozó nemzetközi tanulmányokban foglaltakat nem fogadják el. Legfőbb ellenérvük, hogy az injektló drogfüggők számára egy jó minőségi, drogmentes kezelés jelentheti a leghatásosabb megelőzési módszert. A valóságban a kezelések többsége nem is ajánl mást, mint detoxikációt. Emellett erős centralizáció és kormányzati kontroll érvényesül, így magánpraxisban drogfüggő kezelése illegális tevékenységnek számít.⁴⁸³

Az alábbi táblázat egyes Kelet-Európai országok, valamint az egykori Szovjetuniótól függetlenné váló államok 2005-ös ártalomcsökkentési helyzetét mutatja a végrehajtási közegben.⁴⁸⁴

⁴⁸²<http://www.aidsmap.com/en/news>

⁴⁸³ *Mendelevich, V*: Drug addiction treatment in Russia: no substitution therapy. HIV/AIDS Policy & Law Review 2006/2-3. 82-84. pp.

⁴⁸⁴ Forrás: (Soros org.): Harm reduction Developments 2005, Countries with injection-driven HIV epidemics. 2006. 57. p.

	HIV esetek a fogvatartottak között	Túcsere-programok elérhetősége	Szubsztitúciós kezelés a börtönben
Azerbajdzsán	25	Nincs lehetőség	Nincs lehetőség
Belorusszia	2833	Igen	Nincs
Észtország	420	Nincs	Nincs
Kazahsztán	600	Nincs	Nincs
Kirgiz Köztársaság	170	Igen	Nincs
Lengyelország	981	Nincs	Igen
Lettország	511	Nincs	Nincs
Litvánia	254	Nincs	Nincs
Moldova	159	Igen	Igen
Oroszország	42000	Nincs	Nincs
Türkmenisztán	Nincs adat	Nincs	Nincs
Ukrajna	4000	Nincs	Nincs
Üzbegisztán	56	Nincs	Nincs

A táblázatból kitűnik, hogy Oroszország mellett a szubsztitúciós kezelés többek között nem elfogadott még Ukrajnában és Belorussziában sem, éppen azon országokban, ahol a legnagyobb számú HIV pozitív személy található a börtönnépesség soraiban. Ezen államokban ugyanis a tudományos és egészségügyi szervek támogatása ellenére a metadon-terápia olyan vitatott prevenciós programok közé tartozik, melyeket nem hajtanak végre.⁴⁸⁵

A fenti példákkal ellentétben ezen a régióon belül is megfigyelhető a kezelés bevezetése (pl. Moldovában), illetve nő az alkalmazást fontolgató országok (pl. Kirgiz Köztársaság, Románia) száma.

Az európai börtönöket vizsgálva a rendelkezésre álló adatok alapján a problémás drogfogyasztóknak kb. 7 %-a részesül metadon vagy egyéb helyettesítő terápiában. Ennek az alacsony arányszámnak a hátterében különböző okok állnak. Így megemlíthető az orvosok és az egészségügyi személyzet szkepticizmusa, akik gyakorta nem betegségként tekintenek a drogfüggőségre, hanem azt erkölcsi kategóriaként közelítik meg. Ennek is betudhatóan évekig a kezelés és a fogvatartottak támogatása, valamint a tanácsadás pedagógiai megközelítése - az

⁴⁸⁵(Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Opioid substitution treatment. 2006.

ártalomcsökkentés és a szubsztitúciós programok elérhetősége ellenére is - drogmentes orientációjú volt. Számos esetben magáról a drogfüggőség természetéről, a kezelési lehetőségekről sincsenek teljesen informálva a végrehajtási intézmények orvosai, és nem rendelkeznek a szükséges képzéssel, ami félreértéseket eredményezhet, és helytelen gyakorlathoz vezethet. Egyes országokban ezért mind a társadalomban, mint pedig a börtönökben speciális tréningeken való részvételt követelnek meg az orvosoktól, mielőtt megkezdhetnék a betegek helyettesítő kezelését. Azon országokban tehát, ahol szubsztitúciós programokat indítanak el, elengedhetetlenül szükséges az érintettek körében a kezelés minden aspektusára kiterjedő információnyújtás és oktatás.

A szubsztitúciós kezeléssel szemben sok esetben maguk a fogvatartottak is elutasítólag viselkednek, tartva például attól, hogy a kezelésben való részvételükről a többi fogvatartott tudomást szerez. Sok esetben gondot jelent, hogy az elítélteket nem tájékoztatják megfelelően az egészségügyi szolgálat státuszáról, azaz nincsenek tisztában azzal a körülménnyel, hogy az egészségügyi személyzet nem része a végrehajtási rendszernek, és a kapott információkat kötelesek titkosan és bizalmasan kezelni. Egy további oka lehet a kezeléssel szembeni elutasításnak, hogy a végrehajtási közegben a fogvatartottakat nem illeti meg a szabad orvosválasztás joga, ez pedig gátolhatja a szükséges bizalmi viszony kialakulását a páciens és orvosa között.⁴⁸⁶

Az alacsony arányszám hátterében – az egészségügyi személyzet és a fogvatartottak megközelítésén túl – szerepet játszik a pszichoszociális ellátás korlátozott biztosítása, illetve az a körülmény, hogy ez bizonyos célcsoportokra (terhes nők, HIV fertőzött fogvatartottak) szorítkozik. A pszichoszociális tényezők elemzése ugyanis elengedhetetlenül szükséges a hatékonyság értékeléséhez.⁴⁸⁷ De ide sorolható a használat ellenőrzésének személyi hiánya és nem utolsósorban a szubsztitúciós kezeléssel szemben megnyilvánuló politikai légkör is.⁴⁸⁸ Jellemző továbbá, hogy amíg az ópiátfüggő személyeket a társadalomban betegként kezelik, addig a végrehajtási közegben a kábítószerélvezőkre elsősorban, mint fogvatartottakra tekintenek, és nem olyan személyekre, akik kezelést igényelnének.⁴⁸⁹

Annak ellenére, hogy számos börtön egyetért a társadalomban már megkezdett szubsztitúciós kezelés folytatásának szükségességével, mégis sok ország esetében

⁴⁸⁶ Bővebben: Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 453-471. pp.

⁴⁸⁷ A Pszichiátriai Szakmai Kollégium módszertani levele a Metadon kezelés szakmai irányelveiről. Letölthető: <http://www.mpt.iif.hu/pages/4/page22.html> (2006. 09. 04.)

⁴⁸⁸ (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison) „Unlocking potential: making prisons safe for everyone” Report of the 8th European Conference of drug and HIV/AIDS services in prison. Budapest, 2005. 41. p.

⁴⁸⁹ Stöver, H.-Lines, R.: i.m. 76. p.

megfigyelhető jelenség, hogy a társadalomban már megkezdett kezelés folytatására nem kerül sor a végrehajtás falai között. Ennek okai között említhető, ha maga a börtön drogmentes orientáltságú, az absztinenciára irányuló törekvések ugyanis – ahogy arra a bevezetőben utaltam - számos büntetés-végrehajtásban továbbra is a meghatározóak. Emellett az orvosok, az egészségügyi személyzet és maga a börtönigazgatás is gyakorta a metadonra és az egyéb helyettesítő drogokra feszültséget és nyugtalanságot csillapító pszichoaktív szerekként tekint, nem pedig terápiás, az egészségügyi ellátás során alkalmazott drogként. Jellemző a drogfogyasztás, a függőség jelenségével összefüggő megértés hiánya, valamint az a meggyőződés, hogy a börtönöknek drogmentes környezetnek kell lenniük. Megfigyelhető továbbá a helyettesítő kezelések számára a férőhelyek, illetőleg az erőforrások korlátozott volta, de itt említhető még a szabadulás utáni kezelési helyek hiánya is (pl. Németországban, Írországban, Belgiumban). Számos esetben számolni kell a bevételt ellenőrző személyzet hiányával, sőt a megfelelő gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező szakemberek korlátozott létszámával, valamint egyéb szervezeti feladatok jelentkezésével is, amelyek gyakorta eredményezik a fogvatartottak várólistára helyezését. Általánosságban elmondható, hogy sok ország (például Németország, Írország) csak irányelvek szintjén garantálja valamennyi fogvatartott számára a kezelés folytatásának lehetőségét, míg Spanyolországban, Ausztriában, Dániában, Franciaországban vagy Portugáliában többé-kevésbé rutinszerűen történik az ellátás további biztosítása.

A gyakorlatban több tényező mellett döntő szerep jut az orvosok kezelésválasztási szabadságának, amely absztinenciára irányuló szemlélet esetén ezen ártalomcsökkentő terápia alkalmazása ellen hat. Belgiumban például a Börtön Egészségügyi Szolgálatnak jogában áll javaslatot tenni az orvosoknak a szubsztitúciós kezelés alkalmazására. Az orvosokat megillető terápiás szabadság ugyanakkor lehetővé teszi a kezelés választása mellett annak visszautasítását is. Így fordulhat elő, hogy egyes fogvatartottak azért nem részesülnek szubsztitúciós kezelésben, mert erkölcsi okokból az orvos nem ért egyet annak alkalmazásával.⁴⁹⁰

Egyébiránt a legtöbb esetben a kezelés megkezdésére vagy folytatására vonatkozó döntés is az orvosoké. Olaszországban a börtönorvos határoz a kezelés megkezdése kérdésében, azzal, hogy azt megelőzően a beteggel egy megállapodást íratnak alá, mely tartalmazza az érintett tájékoztatáson alapuló hozzájárulását a metadon-kezelésbe. A szabad társadalomban már megkezdett terápia folytatása esetén pedig a megállapodást - a

⁴⁹⁰ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 93. p.

fogvatartotti kezelési program jóváhagyása érdekében (elsősorban a tartam és a dózis vonatkozásában) külsős orvosnak kell megerősítenie.⁴⁹¹

Az orvosok meghatározó szerepével szemben ellenpéldaként említhető Ausztria és Szlovénia, ahol a legkülönbözőbb területeken tevékenykedő, így eltérő szemléleteket képviselő szakemberekből (például szociális munkásokból, pszichológusokból, ápolókból és orvosokból) álló csoport dönt e kérdésben. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy amíg a kezelés kezdetén meghatározó szerepük a végrehajtási intézetek orvosainak van, addig a napi döntéseket, rendelkezéseket az egészségügyi tisztviselők, nővérek hozzák. Ők azok ugyanis, akik a leggyakrabban, és eltérő élethelyzetekben is látják nap, mint nap a beteg fogvatartottakat. Már korábban is hivatkozott létszámbeli hiányuk ezért is gátja gyakorta a kezelés folytatásának.⁴⁹²

Külön kell szólni azon esetekről, amikor nem a szabad társadalomban megkezdett kezelés folytatására kerül sor, hanem a végrehajtási intézetekben történik a szubsztitúciós kezelés megkezdése akár a befogadást követően, akár a szabadulást megelőzően. Az első változat viszonylag ritkán fordul elő, melynek pragmatikus oka, hogy a szabadságvesztés megkezdését megelőzően helyettesítő kezelésre regisztráltak száma nagyobb, mint a börtönben elérhető férőhelyeké. Számos országban gondot jelentenek a szabadulást követő kábítószer-fogyasztással összefüggő visszaesések és túladagolások is, ezért a büntetés lejártát megelőző szubsztitúciós kezelések megkezdése egyfajta „védőoltás” szerepét kívánja betölteni. Ilyen esetekben az eredményességet nagyban befolyásoló tényező, hogy van-e lehetőség a szabadulást követően a szabad életben a terápia folytatására. A kezelési folyamat ilyenformán történő megszakadásának problémájával ugyancsak sok állam kénytelen szembesülni.⁴⁹³

VIII.4.4.2. Szubsztitúciós kezelés az EU börtöneiben

Napjainkban a szubsztitúciós terápia körüli vita ellenére is egyre nő azon büntetés-végrehajtások száma, melyek ajánlják a metadon-kezelést a fogvatartottaik számára. Ezt a projektet szorgalmazza számos prominens szervezet is, például a WHO. Az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének 1993-as *Irányelve a HIV fertőzésről és az AIDS-ről a börtönökben* megfogalmazása szerint a szabadságvesztést megelőző metadon-kezelést a végrehajtási intézetekben is folytatni kellene. Ennek magyarázata abban keresendő, hogy azon

⁴⁹¹ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 260. p.

⁴⁹² Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 416-421. pp.

⁴⁹³ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: 426. p.

fogvatartottak, akiktől a bebörtönzés alatt megvonják a metadont, gyakorta visszatérnek a kábítószerfogyasztáshoz, mégpedig jellemzően intravénás használat formájában. Az irányelv alapján azon országokban pedig, ahol a kezelés a társadalomban az ópiát-függők számára rendelkezésre áll, ott alkalmazni kell(ene) a börtönökben is.⁴⁹⁴

Az Európai Unió „régibbi” tagállamainak többségében (Görögország, Svédország (!) kivételével) léteznek ilyen programok a végrehajtási intézetekben. Az Unió tagállamait egyébiránt a kezelés hozzáférhetősége szempontjából 3 csoportra lehet osztani.

Egyrésről vannak olyan országok, melyek a fogvatartottak számára *nem teszik lehetővé* a szubsztitúciós terápiát. Ide sorolhatjuk Görögországot és Svédországot, valamint az újonnan csatlakozó tagállamok többségét.

A végrehajtási közegben történő alkalmazás elmaradásának hátterében több ok húzódik meg. Így az egyik magyarázat lehet a kezelés kései bevezetése a társadalomban (pl. Görögország esetén erre 1996-ban került sor, de ez nem igaz Svédország vonatkozásában, ahol a legkorábban, 1967-ben alkalmazták először a kezelést.) A bevezetés elmaradásának további okaként említhető az előbbi mellett, ha a társadalomban a szubsztitúciós programok igen jelentős szintet képviselnek, mely megállapítás mind Görögország, mint pedig Svédország esetén megállja a helyét. Ugyancsak kihatással lehet a kiterjesztés hiányára, ha a szubsztitúciós helyek korlátozott számban állnak rendelkezésre, illetőleg maga a drogprobléma sem számottevő, valamint az a körülmény, ha az adott országban a drogpolitika absztinencia-alapú. Ez utóbbi a helyzet például a Cseh Köztársaságban, ahol azért nem ajánlanak szubsztitúciós kezelést a végrehajtási intézetekben, mert absztinencia-orientáltságú programokra koncentrálnak. A drogkezelés során a hangsúly a pszichoszociális beavatkozásokra helyeződik: a fogvatartottaknak drogmentes részlegekben vagy speciális drogkezelési egységekben való részvétel lehetőségét kínálják. Egyedül a prágai börtönkórházban van mód helyettesítő szer (buprenorphine) alkalmazására rövid távú detoxikáció során azon fogvatartottaknál, akiknél az ópiátfogyasztással összefüggő elvonási tünetek jelentkeznek.⁴⁹⁵

Végezetül befolyásolhatja a kezeléshez való hozzá nem férést, ha a börtönökben a problematikus kábítószer-fogyasztás terjedése nem ópiátokkal, hanem például amfetaminokkal összefüggő.⁴⁹⁶

⁴⁹⁴ Kerr, T.-Jürgens, R.: Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence. 2004. 4. p.

⁴⁹⁵ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 108-109. pp.

⁴⁹⁶ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 415. p.

Svédországban jelenleg a szubsztitúciós szereket a börtönökben kivételes jelleggel csak rövid tartamú detoxikációra, illetőleg egyedi esetekben a szabadulást megelőzően használják. A közösségi alapú kezelést követően a végrehajtási intézetekben azért nem kerül sor a folytatásra, mert egyrészt a bűncselekmény elkövetése a programból való kizárást vonja maga után, másrészt a szabadságvesztésre ítélet az azt a felfogást erősíti, hogy az adott személy képtelen tartózkodni a drogoktól, illetve bűncselekmény realizálásától. Mindemellett a fogvatartottak végrehajtási intézetek közötti mozgása megnehezítené a kezelés alkalmazását. A drogmentes börtönkörnyezet megteremtését célzó elképzelések egyik elemeként valamennyi börtönben javasolják szűrőpróbaszerűen a kötelező drogtesztek elvégzését. Amennyiben a fogvatartott tesztje pozitív lenne, vagy annak elvégzését megtagadná, bebörtönzésének tartama 5-45 nappal meghosszabbodhat.⁴⁹⁷

A második csoportba azon államok tartoznak, melyek csak *korlátozott elérhetőséget biztosítanak* a börtönökben. Itt említhető Finnország, ahol a 37 végrehajtási intézményből 14-ben volt lehetőség a szubsztitúciós kezelésben való részvételre, és ez számszerűleg 1998-tól 2003. májusáig mindösszesen 116 fogvatartottat (2001-ben például 45 főt) érintett. Fontos ugyanakkor utalni arra, hogy a helyettesítő terápia 1997-es bevezetése óta az abba bevont fogvatartottak aránya növekedett.⁴⁹⁸ 2002-ben az Igazságügyi Minisztérium engedélyezte az egészségügyi személyzet számára bizonyos feltételek között a kezelés börtönökben történő megkezdését is. A valóságban azonban az orvosok visszarettek a rájuk nehezedő felelősségtől, illetve attól, hogy olyan nagyságú börtönnépességet érint majd a kezelés, melyet nem tudnak kézben tartani. A fentiek hatására egyetlen kezelés sem kezdődött meg a börtön falai között, és a szubsztitúciós kezelésbe bevett fogvatartottak könnyen ellenőrizhetők maradhattak.⁴⁹⁹

Németországban a 16 szövetségi államból csak 6-ban van lehetőség a fogvatartottak szubsztitúciós kezelésére. Becslések szerint a körülbelül 80.000 főt számláló börtönnépesség 25%-a tekinthető problémás kábítószer-fogyasztónak és a szigorú ellenőrzések ellenére az intravénás droghasználók hozzávetőlegesen 50%-a folytatja a kábítószer-fogyasztást a börtönökben is.⁵⁰⁰ Emellett maximum 700 fogvatartott számára elérhető a terápia, noha a 10.000 intravénás drogfogyasztó legalább 1/3-ának lenne szüksége erre a kezelésre.⁵⁰¹

⁴⁹⁷ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselmann, J.: i.m. 398-407. pp.

⁴⁹⁸ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselmann, J.: i.m. 143. p.

⁴⁹⁹ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselmann, J.: i.m. 149. p.

⁵⁰⁰ Bővebben: Stöver, H.: Drug Substitution Treatment and Needle Exchange Programs in German and European Prisons. Journal on Drug Issues 2002/2. 573-595. pp.

⁵⁰¹ Michels, I.I. –Stöver, H.- Gerlach, R.: Substitution treatment for opioid addicts in Germany. Harm Reduction Journal 2007/4-5., www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5.

A terápia elérhetősége igen heterogén képet mutat. A „régábbi” szövetségi államokban például negatív megközelítés figyelhető meg a fenntartó terápiával szemben. Kelet-Németországban az ópiátfogyasztás kis mértékű elterjedése miatt a szubsztitúciós kezelésekre vonatkozó börtönbeli rendelkezések is igen korlátozottak. Általánosságban elmondható az is, hogy a metadon-fogyasztás gyakorlata a börtönökben megfelel a szabad világban érvényesülő gyakorlatnak. Így azokon a helyeken, ahol a helyettesítő szer szabadon felírható a társadalomban, ez irányadó a végrehajtási intézetekben is. Következésképpen, ahol a metadon alkalmazását kevésbé ajánlják, ott a börtönökben is ritkán található meg, elérhetősége korlátozott.

A szabadságelvonást megelőzően már megkezdett kezelést csak néhány állam folytatja a börtönökben is, és általában a rövid tartamú szabadságvesztésre ítélték esetén. A legtöbb börtönorvos a hosszú távú metadon-kezelést ugyanis visszautasítja.⁵⁰²

Olaszországban a szubsztitúciós kezelés gyakorlata a nagyobb intézetekre és börtönökre szorítkozik, és a detoxikációra fókuszál, így mindössze néhány börtönnél alkalmazták a fenntartó kezelést. A helyettesítő kezelés végrehajtási intézetekben történő elkezdése ugyancsak ritkának mondható.⁵⁰³

A harmadik kategóriába azok az országok sorolhatók, melyekben a *hozzáférés széles körben biztosított*. Ausztriában például 1991. óta minden végrehajtási intézetben elérhető a terápia, sőt egyes fegyintézetekben, például a Stein börtönben 50 férfi fogvatartott befogadására alkalmas külön körletet is létrehoztak a metadon-kezelés részvevői számára. Egyébiránt a helyettesítő kezelésben résztvevő fogvatartottak száma 1990 óta folyamatos emelkedést mutat: amíg akkoriban az érintettek száma 50 körül mozgott, addig 2002-ben már 531 volt, ami a teljes börtönnépesség 7.5%-át jelentette. Jelenleg a kezelés elsődlegesen a HIV pozitív fogvatartottakra, a jelentős ópiát-múltsal rendelkezőkre, valamint olyan személyekre fókuszál, akiknél a szabaduláskor számolni kell a túladagolás veszélyével.

Az osztrák Igazságügyi Minisztérium 2002-es adatai alapján a kezelés nemcsak, hogy valamennyi börtönben elérhető, ezen túlmenően nem is korlátozódik az ítélet tartamára. Ez egyrészt azt jelenti, hogy lehetőség van a szabadságvesztést megelőzően elkezdett kezelés folytatására, másrésztől egyedi esetekben új szubsztitúciós terápia indulhat el a börtönbüntetés tartama alatt, illetőleg a szabadulást megelőzően.⁵⁰⁴

⁵⁰² Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 185-187. pp.

⁵⁰³ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 260. p

⁵⁰⁴ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 69-70. pp.

Dániában, Spanyolországban és Hollandiában ugyancsak szinte minden intézmény alkalmazza a szubsztitúciós terápiát.⁵⁰⁵ A rendelkezésre álló adatok alapján a fenti országokon kívül jelentős a terápia lefedettsége Portugáliában is. Az ország 56 végrehajtási intézete közül 49-ben elérhető a helyettesítő kezelés 853 férőhellyel, ebből 26 a női fogvatartottak számára.⁵⁰⁶

A fentebb hivatkozott Dániában 1998-ban a metadon-kezelés résztvevőinek száma 232 fő, 2003-ban már 300 fogvatartott volt. 2004 óta havonta regisztrálják a kezelésben résztvevők számát, ami adott év májusában 500 körül mozgott, azaz a folyamatos emelkedés megállapítható.⁵⁰⁷

Hollandia kapcsán azonban megjegyezném, hogy a gyógyszeresen támogatott kezelésben csak azon rövid tartamú szabadságvesztésre ítéltet részesülhetnek, akik bebörtönzésüket megelőzően már részesültek metadon-kezelésben.⁵⁰⁸ Emellett, bár az ország jelentős tradícióval bír a helyettesítő kezelés terén, a metadon-kezelésben részesülők száma szignifikánsan visszaesik, amikor megkezdődik a szabadságvesztés-büntetésük letöltése, azaz a végrehajtási közegben terápia alá vontak aránya töredéke a társadalomban regisztrált értékeknek.

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése szerint⁵⁰⁹ a legnagyobb lefedettséggel Spanyolország rendelkezik, ahol az elítélti populáció 18%-a, a problematikus kábítószerélvezőknek pedig 82%-a részesült metadon-kezelésben. A szubsztitúciós kezelés az országban 1992. óta az ártalomcsökkentő stratégia részeként fejlődött és 1998-ban terjesztették ki valamennyi végrehajtási intézetre. A metadonnal történő terápiának mindkét formája megtalálható, azzal, hogy egyik sem zárja ki a másikat, azaz az átjárhatóság biztosított.

A spanyol belügyminisztérium 2001-es jelentése szerint a metadon-kezelés a drogfogyasztó fogvatartottak számára a leghatásosabb beavatkozásnak tekinthető, mely egyúttal egyéni és csoportos előnyökkel is társul. Ezen előnyök elérése érdekében a metadon-kezelés nem korlátozódhat a helyettesítő szer felírására és szétosztására. A metadont tehát egy

⁵⁰⁵ Sárosi Péter: A büntetés-végrehajtási intézményekben végzett ártalomcsökkentés nemzetközi gyakorlata. *Addiktológia* 2004/3. 372-375. pp.

⁵⁰⁶ Costall, P. – Brentari, C. – Chitu, A.: i.m. 18. p.

⁵⁰⁷ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselmann, J.: i.m. 121-122. pp.

⁵⁰⁸ A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxemburg 2005. 87. p.

⁵⁰⁹ A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxemburg 2005. 86. p.

átfogó terápiás szemlélet részeként, az egyéni eltérések és szükségletek figyelembe vételével kell alkalmazni. Amíg önmagában a metadon szétosztása egy ártalomcsökkentő intézkedés, addig ezzel szemben a metadon-kezelés tartalmazza a pszichoszociális ellátást, a szabadulásra való felkészítést, amennyiben pedig szükséges a kezelés szabadulást követő folytatását a társadalomban, ezáltal a rehabilitációs kezelést.⁵¹⁰

Külön érdemes megemlíteni Luxemburgot, ahol az ország mindkét végrehajtási intézetében alkalmazzák a szubsztitúciós kezelést. 2003. évre vonatkozó adat szerint a fogvatartottak kb. 18%-a volt kábítószer-élvező, és valamennyien részt vettek helyettesítő kezelésben, amelyet az érintettek számára detoxikációs, illetőleg fenntartó kezelésként, valamint ártalomcsökkentő intézkedésként ajánlanak.

A kezelésre lehetőség van azon esetekben, amikor a bebörtönzést megelőzően már elkezdődött a terápia, emellett korlátozottabban ugyan, de a végrehajtási intézetben is megkezdődhet a szubsztitúció alkalmazása, általában akkor, ha a fogvatartott a börtönben élt először az ópiát-fogyasztással. Végezetül a szabadulást megelőzően 6 héttel ugyancsak van lehetőség szubsztitúciós program végrehajtására.⁵¹¹

Az *Unió új tagállamai* közül a szubsztitúciós terápia alkalmazása szempontjából megemlíthető Észtország, Málta, Szlovénia és Lengyelország.

Lengyelországban a drog-probléma a végrehajtási közegben egészen a '80-as évek végéig nem játszott meghatározó szerepet, tekintettel arra, hogy általában korlátozott volt a kábítószer-fogyasztás, és liberális törvényi rendelkezéseket alkalmaztak. 2000. elején egy kutatási projekt mutatott rá a probléma méreteire, rávilágítva többek között arra, hogy a börtönökben a kábítószerhez könnyebb hozzájutni, mint az alkoholhoz. A drogszolgálatok a drogmentesség megteremtésére helyezték a hangsúlyt, így a szubsztitúciós kezelések civil szférában való bevezetésékor erős kontroll és korlátozások érvényesültek. A fogvatartottak körében jelentkező drogfogyasztásra reagálva a végrehajtás drogstratégiája is a kínálat csökkentésére és különféle ellenőrző intézkedések alkalmazására (pl. vizeletvizsgálat) irányult.⁵¹²

Az első kísérleti jellegű helyettesítő kezelés bevezetésére 2003. januárjában került sor Krakkóban. A rendelkezésre álló adatok alapján ebben az évben mindösszesen egy börtön ajánlott szubsztitúciós kezelést 10-15 fogvatartott számára, a résztvevők tényleges száma 6 fő

⁵¹⁰ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 384-386. pp.

⁵¹¹ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 279-280. pp.

⁵¹² Sieroslawski lengyel szerző 2003-as tanulmányában rámutatott arra, hogy a kínálatcsökkentő intézkedések önmagukban nem elégségesek, mivel a börtönök drogfogyasztóit jellemzően olyan 25 év alatti fiatalok alkotják, akik vállalják a nagy kockázattal járó magatartásformákat (intravénás drogfogyasztás, az eszközök megosztott használata) is.

volt. A résztvevők alacsony száma mögött 2 ok húzódott meg: egyrészt a létszámra kihatással voltak a metadon vásárlására fordítható pénzügyi források, másrészt pedig a szubsztitúciós kezelés újító természete.⁵¹³ Ezt követően 2004. áprilisában Varsóban indult be a projekt három végrehajtási intézetben.⁵¹⁴ A metadon-programban való részvétel feltételei az Egészségügyi Minisztérium által a szubsztitúciós kezelés tárgyában kiadott 1999. évi rendelkezésen alapulnak. Ennek értelmében szükséges a 21. életév betöltése, 3 éves injektló drog fogyasztói múlt, valamint 3 sikertelen kezelési kísérlet és a metadon bevételenek felvállalása. Emellett Lengyelországban társadalom-biztosítás nélkül a metadon-kezelést a fogvatartottak nem vehetik igénybe. A metadon-program börtönökben való végrehajtása kapcsán az alapvető probléma egy nemzeti stratégia hiánya a szubsztitúciós program alkalmazására. Gondot jelent, hogy a programot a még jogerősen el nem ítélték vonatkozásában is végrehajtják, ezért, ha egy kezelésben résztvevő előzetes letartóztatottat másik végrehajtási intézetbe szállítanak át, akkor a kezelés folytatása szinte lehetetlen. Ugyancsak veszélybe kerülhet a terápia, ha a szabadulást követően megfelelő intézmény hiányában nincs lehetőség a megkezdett kezelés folytatására.⁵¹⁵ További problémaként említhető, hogy a programok olyan személyeket céloznak meg, akiket rövid tartamú szabadságvesztésre ítélnék.⁵¹⁶

Amíg Lengyelországban nincsen minden börtönben és a társadalomban sem teljes körű lefedettsége a terápiának, addig Szlovéniában 1995. óta elérhető és jelenleg valamennyi börtönben megtalálható a szubsztitúciós kezelés, illetőleg a legtöbb végrehajtási intézetben működik drogmentes részleg is. A metadont a dózis fokozatos csökkentésével elsősorban detoxikációra használják, melynek hátterében az a szemlélet áll, hogy a börtönökben a drogelvonás megvalósítható. A fenntartó kezelést is ajánlják, de csak kivételekkel. Ez utóbbiban való részvétel minimális feltétele a 16. életév betöltése, igazolt ópiátfüggőség, korábbi detoxikációs kísérlet. Szükséges továbbá, hogy a beteg a drogprevenciós, illetőleg rehabilitációs központ régiójában éljen, írásos beleegyezését adja a programban való részvételhez és rendelkezzen egészség-biztosítással. A program része továbbá egy pszichoszociális programban való részvétel, és drogteszt elvégzése. A kezelésbe való

⁵¹³ Lesniak, K.: Methadone maintenance treatment in Polish prison. Central and Eastern European Conference on Drug & Infections Services in Prison. Popowo, 18-20 September 2003. Conference report.

⁵¹⁴ Rudalski, W.: Methadone behind bars – the implementation of the first methadone programme in Warsaw penitentiary institutions. 2004/15. 10. p.

⁵¹⁵ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 319-322. pp.

⁵¹⁶ Lesniak, K.: Methadone maintenance treatment in Polish prison. Central and Eastern European Conference on Drug & Infections Services in Prison. Popowo, 18-20 September 2003. Conference report.

bekapcsolódás kérdésében egy szakértői csoport dönt, amely orvosokat, nővéreket, szociális munkásokat, pszichológusokat egyaránt tartalmaz.

A terápia elkezdhető a szabadságvesztés tartama alatt részint akkor, ha a bebörtönzést megelőzően már felírták a metadon alkalmazását, de lehetőség van rá akkor is, ha a kezelést első alkalommal a végrehajtási intézetben rendelik el a fogvatartott számára. Emellett a terápia folytatható a börtönből történő szabadulást követően is. A börtönszemélyzet és a civil egészségügyi szakemberek közötti együttműködés elősegítése érdekében a közegészségügyi hálózat részeként minden börtön közeli kapcsolatban áll a Drogfüggőség Kezelési és Megelőzési Központtal. Az egyik végrehajtási intézetből a másikba történő átszállítás sem zárja ki a folytatás lehetőségét, ha erre vonatkozóan a végrehajtási intézmény orvosa tesz ajánlást.⁵¹⁷

Itt jegyezném meg, hogy az EU „új” tagállamaiban a szabadon bocsátást megelőző helyettesítő kezelés lehetősége csak Szlovénia börtöneiben, illetve a lengyelországi végrehajtási intézetek kevesebb, mint felében biztosított. Ezzel szemben Csehországban, Lettorságban, Litvániában és Szlovákiában a kábítószerrel összefüggő tanácsadásban és tájékoztatásban merülnek ki a szabadítást megelőző beavatkozások.⁵¹⁸

Amíg Szlovéniában és Máltán a helyettesítő kezelés hozzáférhető valamennyi fogvatartott számára, addig hazánkban a metadon terápia alkalmazása pusztán elvi lehetőség, a metadon nem készletezhető. A büntetés-végrehajtás szakmai vezetése által 2001. áprilisában közzétett állásfoglalás szerint a végrehajtási intézeteink egészségügyi osztályai sem a detoxikálást, sem pedig a hosszú távú szubsztitúciós kezelést nem tudják végrehajtani. Abban az esetben, ha a szakorvosok pszichiátriai vagy addiktológiai szempontból a kezelést indokoltnak tartják, a metadon alkalmazására kizárólag az IMEI jogosult, a bv. alapellátásában a szer indikációja nem áll fenn. Ez az irányadó akkor is, ha a szabadságvesztés megkezdését megelőző kezelés folytatásának kérdése merül fel. Ilyenkor a fogvatartottat az IMEI-be kell átszállítani és a kivizsgálását követően döntenek a szakemberek a terápia szükségességéről. A büntetés-végrehajtás szakmai vezetésének fentebb ismertetett állásfoglalása mindaddig érvényben van, amíg az Egészségügyi Minisztérium a metadon kezelés szakmai protokollját hivatalos lapjában közzé nem teszi.⁵¹⁹ A Szociális és Munkaügyi

⁵¹⁷ Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Carstoun Drug Services, London, 2004. 67-68. pp. és Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 372-373. pp.

⁵¹⁸ A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2006. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában, Luxemburg 2006. 32. p.

⁵¹⁹ Csóti András bv. dandártábornok 2001. április 03-án kelt körlevele a metadon kezelés létjogosultságáról a fogvatartottak körében

Minisztérium által a magyarországi kábítószerhelyzetről kiadott 2006-os jelentés szerint 2005-ben hazánkban 1 fő részesült metadon-kezelésben.⁵²⁰

A Bv. Egészségügyi Főosztálytól kapott tájékoztatás alapján hazánkban országosan is 7-800 személy vesz részt metadon-kezelésben. A büntetés-végrehajtási intézeteinkben nincs lehetőség a terápia megkezdésére, de mérlegelés alapján hozzávetőlegesen 10-15 személy számára teszik lehetővé a kint már megkezdett kezelés folytatását, amelyre az IMEI-ben kerülhet sor.

VIII.4.4.3. A kutatási eredmények elemzése, összegzése

A metadon fenntartó kezelés börtönökben végzett hatásvizsgálatai több pozitív eredményről számolnak be. Így például Ausztráliában az egyik Új-Dél Walesi börtönben 382 fős fogvatartotti állományon végzett vizsgálat, melyből 191 fő részesült metadon fenntartó kezelésben, azt mutatta, hogy a helyettesítő módszer hatékonyan képes csökkenteni a heroin fogyasztását, a kábítószeres injekcióját és az eszközök megosztott használatát a bebörtönzött heroinista fogvatartottak között.

Ugyancsak az egyik Új-Dél Walesi börtönben folytattak kutatást azzal a céllal, hogy összehasonlítsák a metadon fenntartó kezelésben résztvevők drogfogyasztásának és a kábítószer-injekciójának a gyakoriságát a börtönökben, illetve a végrehajtási intézetek falain kívül. Az eredményekből lezűrhető volt, hogy a közösségi résztvevők szignifikánsan többször éltek injekciós drogfogyasztással (84%, míg a börtönben ez az arányszám 44% volt) és körükben nagyobb volt a heroin használat is (72%, szemben a fogvatartotti 38%-kal). Annak ellenére azonban, hogy a fogvatartotti állomány körében mind a heroin-használat, mint pedig az injekciós tevékenység egyaránt kisebb arányban fordult elő, az injekciós eszközök kölcsönzése, kölcsönadása, mint a fertőzések szempontjából különösen veszélyes magatartások, az ő esetükben volt a nagyobb arányú. Ez a tényező világította rá a figyelmet az ártalomcsökkentő módszerek együttes alkalmazásának szükségességére. A helyettesítő fenntartó kezelés mellett tehát a börtönökben a tűcsere-programok bevezetése, ezek kombinációja a prevenciós intézkedések hatékonyságát fokozó törekvéssé lépett elő.

A katalán egészségügyi és igazságügyi minisztérium által kezdeményezett kísérleti metadon fenntartó program keretében 123 ópiátfogyasztó fogvatartotton végeztek felmérést az egyik barcelonai börtönben. A kutatási eredmények a megfelelően magas metadon dózis és a

⁵²⁰ Felvinczi Katalin – Nyírádi Adrienn – Portörő Péter (szerk.): i.m. 141. p.

kezelési tartam fontosságára figyelmeztettek. A fogvatartottak között ugyanis szignifikánsan csökkent az injektló magatartás és az eszközök megosztott használata, de csak akkor, amikor a kezelés tartama már meghaladta a 6 hónapot. Másrészt az ópiátfogyasztás jóval gyakoribb volt azoknál a személyeknél, akiknek a felírt metadon adagjuk kevesebb volt 50 mg-nál, szemben azokkal, akik ennél nagyobb mennyiséget kaptak függőségük kezelésére.

Ugyancsak az alkalmazott dózis játszott szerepet abban a kutatásban, melyet 1996. és 1997. között folytattak New York-ban. A fogvatartottak egy része magas (átlagban 70 mg), míg a másik fele alacsony (átlagban 30mg) dózist kapott a metadon-terápia során. A vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy az alkalmazott mennyiség milyen hatással van a szabadulást követő visszaesésre. Az eredmények összegzéséből megállapítható volt, hogy a magas dózisban részesülők kisebb arányban tértek vissza a börtönbe, azaz esetükben a kezelés a megfelelő mennyiségű metadonnak köszönhetően sikeresebben végződött.

A metadon-fenntartó és a metadon-detoxikációs kezelés összehasonlítása volt a tárgya annak a franciaországi projektnek, mely kimutatta, hogy a metadon fenntartó terápia résztvevőinek csak 19%-át börtönözték be újra, míg ez az arány a detoxikációban részesülők esetén 39% volt, azaz a fenntartó kezelés eredményesebbnek bizonyult a detoxikációs programmal szemben.⁵²¹

A metadon-fenntartó kezelés fontos prevenciós szerepét hangsúlyozta a HIV és hepatitis fertőzések megelőzésében az a kutatás, melyet Új-Dél Walesben végeztek egykori fogvatartottakon, akiknek injektló drogos múltjuk volt. Közülük 64-en részesültek metadon-fenntartó kezelésben a szabadságelvonást megelőzően, az alatt, vagy azt követően, míg 80-an semmilyen terápiában nem vettek részt az említett időszakokban. A kutatási eredmények azt mutatták, hogy a börtönt megelőző 3 hónap során kezelésben részesülők jóval kevesebb alkalommal végeztek naponta injektlást és osztották meg másokkal az eszközöket, mint azok, akik metadont nem kaptak. Azon kábítószerélvezők pedig, akik a szabadságvesztés tartama alatt kapták meg a helyettesítő kezelést, szignifikánsan ritkábban szúrták meg magukat egy hét leforgása alatt, de csak akkor, ha a metadon dózisa meghaladta a 60 mg-ot és abban a börtönbüntetés teljes tartama alatt részesültek.⁵²²

⁵²¹Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 34-39. pp.

⁵²²Jürgens: HIV/AIDS in prisons: Final report. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network – Canadian AIDS Society, 1996. 72-73. pp.

VIII.4.4.4. A hatékony helyettesítő kezelés összetevői

A tanulmányok összegzéséből megállapítható, hogy a metadon-fenntartó kezelés képes csökkenteni a heroin-használatot, a kábítószer-injektálást és az injektálással járó kockázatot jelentő magatartásokat, mint például az eszközök megosztott használatát. Bár a kezelés nyújtotta előnyök leginkább a kezelés alatt, illetve közvetlenül az után figyelhetők meg, a pozitív khatások még évekkel a kezelés után is érzékelhetők.

A szubsztitúciós terápia hatásos lehet a drogkereskedelem börtönbeli visszaszorításában, egyúttal növeli a szabadulás utáni részvételt is a kezelésben. Ez utóbbi kapcsán elengedhetetlen a terápia folyamatosságának biztosítása, ami szoros kapcsolatban van a visszaesési ráták alakulásával. A kezelések idő előtti megszakítása és a terápia nem megfelelő tartama ugyanis igen jelentős arányban a drogfogyasztói magatartás folytatását idézi elő. A végrehajtási közegben a fogvatartottak gyakorta úgy vélik, hogy szabadulásuk után nem fogják folytatni a drogfogyasztást. A külvilágba kikerülve azonban minden megváltozik: már nem érzik olyan erősnek, egészségesnek és biztonságban magukat, mint a börtönben, ahol volt munkájuk, iskolába, szakképzési tréningekre járhattak. Amennyiben pedig az ópiátfüggő a szabadságvesztés-büntetését megelőzően részesült fenntartó kezelésben, a terápia folytatása indokolt a végrehajtási intézetben is. A civil szférában és a börtönökben folyó programoknak ezért harmonizálniuk kell egymással és olyan stratégiákat tartalmazniuk, melyek bátorítják, és egyúttal megtartják a betegeket az akár több évig is tartó kezelésben.

Finnországban a büntetés-végrehajtás által 2002-ben kiadott közleményben a kezelés folytatása alapelveként került rögzítésre. A dokumentum értelmében a terápiát nem szabad megszakítani abból az okból, hogy a beteg börtönbe került, illetve másik intézetbe szállították át. Ennek érdekében biztosítani kellene, hogy valamennyi börtönben, börtönkórházban a kezelés folytatható legyen, továbbá azokban az esetekben is, amikor a beteg rövid távú eltávozást kap az intézetből. A folytatás garantálására, illetve a börtön és a külső kezelési központok együttműködése megkönnyítésére pedig a betegek írásbeli hozzájárulását követelik meg.⁵²³

Dániában a folyamatosság biztosított a börtönbe történő befogadáskor és a szabaduláskor is. A kezelés folytatásának megszervezését mindkét esetben a szociális munkások és a pártfogói szolgálat végzi.⁵²⁴

⁵²³ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 143-145.pp.

⁵²⁴ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 128-136. pp.

A szubsztitúciós fenntartó kezelés hatékonyságát a folyamatosság biztosítása mellett nagyban befolyásolja a terápia kellő időben történő megkezdése, a megfelelő dózis és tartam alkalmazása is. Ez utóbbi tekintetében - ahogy arra korábban utaltam – az országok egy része időbeli korlátozásokat alkalmaz, melyeket hivatalos irányelvekben, rendelkezésekben rögzítenek, míg mások úgy élnek az időbeli korlátozás eszközével, hogy az kodifikálásra nem került. A kezelési tartam maximalizálása a fogvatartottak többsége számára nem jelent gondot azon esetekben, amikor rövidebb tartamú szabadságvesztés büntetésüket töltik, míg a hosszabb ítéleti idővel rendelkezőknél az időbeli megszorítás a kezelés hatékonyságát áshatja alá. A korlátozások bevezetésének hátterében feltehetőleg a kábítószermentes börtönkörnyezet megteremtését célzó elképzelések húzódnak meg, melyek nem igénylik a drogorientáltságú kezelést, ha a fogvatartott hosszú tartamú szabadságvesztés büntetését tölti. Ilyen esetekben tehát a költséges és további szervezeti feladatokat igénylő szubsztitúciós kezelés helyett az absztinenciára irányuló törekvések érvényesülnek. Az elhanyagolható kisebbséget azon államok képezik, melyek időbeli megkötések nélkül, az érintett személyek egyéni szükségleteire koncentrálnak ajánlják a helyettesítő kezelést. Így Spanyolországban és Ausztriában a szubsztitúciós terápiának bevett, állandósult gyakorlata alakult ki, melynek integrált része a pszichoszociális ellátás is. Dániában a szubsztitúciós programok tartama időbeli korlátozás alá ugyancsak nem esik.⁵²⁵

Az alkalmazott átlagos dózist tekintve igen nagy eltérések figyelhetők meg az egyes országok között. 2002-ben Luxemburgban például a metadon átlagos napi adagja 50 mg volt, azzal, hogy a dózisok 5 mg és 220 mg között változtak. Egy évvel később az átlagdózis a felével csökkent, ugyanis már csak 25 mg-ot jelentett naponta. Ekkor az adagok 2.5 mg és 110 mg között alakultak.⁵²⁶ Németországban a napi mennyiség átlagban 60 mg, míg Dániában, vagy Spanyolországban 120 mg-ig terjedhet. Arra vonatkozóan, hogy melyik dózis tekinthető a legmegfelelőbbnek,⁵²⁷ egyes vélemények szerint a relatíve alacsony dózis is elegendő, lévén a bevétel ellenőrzése biztosítható a börtönkörnyezetben, másrésről az orvos és betegek közötti egyeztetés során lehet az egyéni szükségleteknek leginkább megfelelő adagot megállapítani. Mások azon a nézeten vannak, hogy a börtön-alapú metadon-programok akkor lehetnek csak hatékonyak, ha a szabadságvesztés kezdeti szakaszában kellően magas dózist (több mint 60 mg-t) adnak a betegnek.⁵²⁸

⁵²⁵ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 122. p.

⁵²⁶ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: i.m. 281. p.

⁵²⁷ A jelenleg ajánlott kezdő dózis 30-40 mg naponta. Bővebben: (Drug Policy Alliance): About Methadone and Buprenorphine. Revised second edition., 2006. 14. p.

⁵²⁸ Stöver, H. – Weilandt, C.: i.m. 100. p.

A dózis fokozatos csökkentése tekintetében a redukciós lépések ugyancsak változatos képet mutatnak és nemcsak az egyes országok között, hanem adott államon belül is jelentős különbségek lehetnek. Ezen sémák nem tekinthetők ugyan teljesen statikusnak, de egyfajta kiindulási alapként szolgálnak és a szakirodalom álláspontja szerint legfontosabb elemük a betegek igényeire irányultság kell, hogy legyen. Éppen ezért azon modellek, melyekben valamennyi beteg egyenlő dózis kap, hamis képet mutatnak és visszaesést is eredményezhetnek. Általánosságban elmondható, hogy gyakori jelenség a fogvatartotti igények, az egyéni szükségletek figyelmen kívül hagyása. Ezen nem megfelelő reagálás különösen azon kábítószer-élvezők esetén jellemző, akiknél a metadon egyfajta alapterápiává vált, összefüggésben azzal, hogy függőségük 20 évre vagy még annál is hosszabb időre nyúlik vissza.⁵²⁹

A helyettesítő kezelés alapvető eleme még a titkosság megőrzése, amelynek biztosítása a börtön falai között, a zárt közegben gyakorta nehézségekbe ütközhet. A fogvatartottak attól tartanak, hogy függőségük felfedése miatt bizonyos kedvezményektől elesnek, illetőleg félnek a személyzet és a többi fogvatartott negatív megnyilvánulásaitól. A fogvatartottak védelme érdekében ezért a szubsztitúciós kezelésben résztvevőket vagy együttesen helyezik el (pl. Portugáliában) vagy a helyettesítő szert az egyéb gyógyszerekkel együtt osztják szét az érintetteknek.⁵³⁰ Finnországban a napi szétosztási gyakorlat során figyelembe veszik a fogvatartottak magánéletéhez való jogát. Nincsenek külön szubsztitúciós kezelési egységek és a drogfüggőség diagnózisa sem ismert se a börtönigazgató, sem pedig a többi fogvatartott előtt. Az adagok kiosztása hétköznapiakon a börtön-egészségügyi részlegen belül közvetlen ellenőrzés mellett történik, míg hétvégeken, amikor e részleg zárva van, a bv. személyzet végzi ezt a munkát.⁵³¹ Ez utóbbi körülmény azonban véleményem szerint megkérdőjelezheti a titkosság garantálását.

Dániában a szubsztitúciós eljárás fontos elemének tekintik a kezelés bizalmi jellegét, így a végrehajtási személyzet nem tudja ki az, aki helyettesítő anyagot kap, és ki nem.

A hatékony helyettesítő kezelés további elengedhetetlenül fontos eleme a kábítószerélvezők számára a releváns információk biztosítása, a megfelelő tájékoztatás, különösen a túladagolás kockázata tekintetében. A metadonnal történő kezelésnek a legnagyobb kockázatát ugyanis a túladagolás veszélye jelenti a terápia kezdeti fázisában. Ebből adódóan szakértők szerint célravezető ekkor az alacsony dózis alkalmazása. A stabil

⁵²⁹ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: 424-425. pp.

⁵³⁰ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: 432-433. pp.

⁵³¹ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: 143-144. pp.

dózis elérése esetén, ami általában két hét után következik be, a túladagolás kockázata már számottevően visszaesik. Szükséges annak tudatosítása az érintettekben, hogy a helyettesítő drogok a hatásukat csak egy bizonyos idő eltelte után (metadon esetén 3-5 nap, illetve még hosszabb időt követően) fejtik ki. Alapvető jelentőségű a kezelés alatti drogfogyasztás kockázatainak ismertetése, a más gyógyszerekkel való lehetséges kölcsönhatások felvázolása is. Ezen túlmenően a tapasztalatok azt mutatják, hogy a drogfogyasztóknak általános tájékoztatásra van szükségük mind a szubsztitúciós kezeléssel, mint pedig a drogokkal kapcsolatban. A fogvatartottak ugyanis gyakorta nem értik a terápia célját és nincs elegendő információjuk azokról a szabályokról sem, melyeket követniük kellene. Indokolt lenne ezért az érintetteket arra vonatkozóan nyilatkoztatni, hogy a releváns információkat teljes körűen megértették.⁵³²

Mindinkább elfogadott nézet az is, hogy a szubsztitúciós kezelésnek szükséges része, és a hatékonyságát befolyásoló tényező a pszichoszociális ellátás biztosítása. A betegek számára a helyettesítő terápia fontos összetevője az egészségügyi, pszichoszociális, oktató intézkedések alkalmazása. A gyakorlatban azonban ilyenfajta támogatásban a fogvatartottak ritkán részesülnek. Kiemelhető azonban Németország, ahol a szubsztitúciós kezelésnek kötelező követelménye a pszichoszociális ellátás, illetve Ausztria és Franciaország, ahol fakultatív jelleggel ugyan, de szintén jelen van ez a támogatási forma.⁵³³ Németország vonatkozásában ugyanakkor kiemelném, hogy a pénzügyi erőforrások hiánya miatt gyakorta a feladatot nem külsős szociális munkások végzik, hanem ennek biztosítása is a végrehajtási személyzetre hárul. De esetenként arra is van példa, hogy különféle önszegítő csoportok (AIDS önszegítő csoport, drogfogyasztók csoportjai) számára teszik lehetővé és engedélyezik a fogvatartottak ilyen formában történő támogatását.⁵³⁴

Egyes vélemények szerint arról sem szabad megfeledkezni, hogy a metadon programok alkalmazása a végrehajtási intézetek számára is hordoz előnyös vonásokat. Azáltal, hogy legális úton beszerezhető szerről van szó, a hozzáférés anélkül biztosítható, hogy a börtönön belüli drogbűnözést támogatná. A kezelés emellett nagymértékben segítheti a heroin-függők kivonását az intézetekben uralkodó kriminális életmódból. Prevenációs szerepet is betölt azáltal, hogy a heroin terjesztési láncolatot képes megszakítani.

A pozitívumok hangoztatása mellett utalni kell azonban arra, hogy ez a kezelési forma nem előnyös azok számára, akik nem akarnak leszokni a drogfogyasztásról, illetve akik nem

⁵³² Kastelic, A.: i.m. 126-127. pp.

⁵³³ Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselman, J.: 426-427. pp.

⁵³⁴ Michels, I.I. –Stöver, H.- Gerlach, R.: i.m.

ópiátokat, hanem például egyéb drogokat injektálnak. Nem jelent alternatívát azok számára sem, akik alkalmi fogyasztók, vagy szórakozásból injektálják az ópiátokat. Emellett a végrehajtási intézetekben ennek az egészségügyi terápiának az alkalmazása olyan orvost igényel, aki egyrésztől támogatja a helyettesítő kezelést, hisz abban, másrésztől pedig megfelelő képzettséggel is rendelkezik a terápiával kapcsolatban. Végezetül nem szabad figyelmen kívül hagyni a kezeléssel összefüggő költségeket sem, melyek azt eredményezhetik, hogy egyes drogfogyasztókat kizárnak a programban való részvételből.⁵³⁵ Itt jegyezném meg azonban, hogy számos visszafogott becslés szerint minden euró, melyet ilyen programba investálnak 4 és 7 euró közötti összeget szolgáltathat vissza, ha figyelembe vesszük a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények csökkenését és ehhez kapcsolódóan a büntető igazságszolgáltatás költségeit. Amennyiben pedig számolunk az egészségügyre gyakorolt hatással is, akkor a megtakarítások és a költségek aránya a 12:1-hez. A kezelés előnyei az injektáló drogosok vonatkozásában is könnyedén lemérhetők: azok akik nem vesznek részt a helyettesítő kezelésben hatszor könnyebben fertőződnek meg HIV-vel, mint azok akik beléptek és bent is maradtak a programban.⁵³⁶

Összegzésként elmondható, hogy a gyakorlatban gondot jelentenek a börtönök hosszú várólistái, a korlátozott férőhelyek, az erőforrások és a személyzet hiánya, a betegek nem megfelelő informálása a szubsztitúciós kezeléssel és a kábítószerekről. Mindez azt demonstrálja, hogy amíg egyre növekvő számban vannak jelen a helyettesítő kezelések a társadalomban, addig a fentiek miatt a végrehajtási intézetek jelenleg még nem tudnak lépést tartani ezzel a fejlődéssel, így nem képesek megfelelően szervezett és finanszírozott szubsztitúciós kezeléseket biztosítani a fogvatartottak számára.

A szubsztitúciós kezelés börtönkörnyezetben történő alkalmazása során jelentkező problémák egy része megegyezik azzal, ami a kinti világban is jelen van, más része azonban börtönspecifikus. Így alapvető kihatásuk lehet az absztinenciára irányuló törekvéseknek, melyek a drogfüggőség legyőzésére, a szermentesség megőrzésére alkalmas időként kezelik a szabadságvesztés tartamát. Ebből következően a metadon-kezelést úgy fogják fel, mint a függőség meghosszabbítását és a drogfogyasztás engedélyezése felé vezető lépést. Számos esetben megfigyelhető jelenség az is, hogy egyes fogvatartottakra betegként, másokra pedig drogfüggőként tekintenek, aminek magyarázata, hogy egyesek már részt vettek kezelési programokban, míg mások nem. Abból adódóan pedig, hogy esetenként adott országon belül is eltérő gyakorlatot követnek a börtönorvosok, a helyettesítő szerek felírása és alkalmazása

⁵³⁵ (Ontario Medical Association): i.m. 9. p.

⁵³⁶ Kastelic, A.: i.m. 117. p.

tetszőlegesnek, illetve önkényesnek tűnhet. Emellett a kezelés során döntő szerepet kapnak az intézeteken belül tevékenykedő egészségügyi alkalmazottak és orvosok, az általuk képviselt nézetek. Nem szabad figyelmen kívül hagyni a végrehajtási személyzet egy részénél a helyettesítő szerekekkel szemben tapasztalható fenntartást sem. A szubsztitúciós szerre így droként, és nem egy egészségügyi kezelés során alkalmazott gyógyszerként tekintenek, azaz a terápiát a korábban használt kábítószer új droggal való pótlásaként fogják fel. Sok esetben gondot okoz a fogvatartottak kábítószerektől való távoltartása, az anonimitás megőrzése, a titkosság biztosítása. Vita forrásai lehetnek a detoxikációs dózisok, illetve eljárások is. Így néhány országban kritikaként fogalmazódott meg, hogy a redukciós lépések túlságosan gyorsak, avagy túl rövidek. Végezetül az erőforrások sok esetben tapasztalható hiánya mellett ismételten utalnék a szubsztitúciós kezelés folytatásának nehézségeire, amelyek jelentkezhetnek a szabadságvesztés megkezdését követően, egyik intézményből a másikba történő átszállításkor, a börtönből történő rövid tartamú eltávozáskor, valamint a büntetés letöltését követően is.⁵³⁷

Összegzés. Záró gondolatok

A rendelkezésre álló nemzetközi szakirodalom áttanulmányozása és feldolgozása után megerősödtem abbéli hitemben, hogy az egyre modernebb biztonsági technológiák és eljárások alkalmazása ellenére a drogfogyasztás nemcsak, hogy jelen van a végrehajtási közegben, de sok esetben növekvő tendenciát is mutat. A börtön ugyanis számos fogvatartott számára egy olyan környezet, amely nem motiválja az egyént a drogfogyasztás abbahagyására. A szabadságelvönás így nem állja útját a különféle legális, illetve illegális szerek fogyasztásának, nem jelenti a kábítószer-élvezettel való felhagyást, sőt egyesek éppen a fogvatartás során válnak fogyasztóvá. Azon drogpolitikai törekvésekkel szemben ezért, melyek csak a szabadságelvönásban gondolkodnak, megfontolást érdemel a bebörtönzése alternatíváinak kidolgozása és alkalmazása, azaz a büntethetőség alóli elterelés lehetőségének figyelembe vétele is. Azon esetekben tehát, amikor az elkövetéshez nem kapcsolódik más bűncselekmény vagy súlyosbító körülmény, a börtönbüntetés gyógykezeléssel történő kiváltása, terápiás közösségekben való elhelyezés hozzájárulhat ahhoz, hogy minél kevesebb drogfogyasztó kerüljön végrehajtási intézménybe.

⁵³⁷Stöver, H.: Drug and HIV/AIDS services in european prisons. Band 8 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug.” Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg 2002. 92-93. pp.

Amennyiben a bebörtönzés nem kerülhető el, azzal is számolni kell, hogy a végrehajtási intézetek falai között a kockázatvállaló magatartások, különösen a már használt injektló eszközök továbbadása, megosztása, a steril injekcióhoz való hozzáférés hiányában, szükségszerű jelenségek. Ide kapcsolódóan átgondolást igényel a kötelező drogtesztek gyakorlata is, amely ugyancsak közrejátszhat abban, hogy egyes fogvatartottak a lebukástól és a büntetéstől való félelmükben olyan szert választanak, amelynek a kimutathatósági, avagy lebomlási ideje rövid, de egyúttal nagyobb függőségi potenciállal járnak és egészségügyi szempontból is jóval veszélyesebbek. A svájci példához hasonlóan érdemes lehet átgondolni pozitív teszt esetén enyhébb szankciók alkalmazását azon társadalmi haszon reményében, amelyet az injektló drogfogyasztással összefüggő fertőző betegségek elmaradása jelenthet.

Egyöntetűen leszögezhető, hogy a drogfogyasztók leginkább veszélyeztetett csoportját az intravénás kábítószerélvezők alkotják. A megosztott fecskendő-használat pedig a vér és más testnedvek útján terjedő fertőző betegségek melegágyának tekinthető. Az intravénás kábítószerélvezők ugyanis az injektló drogozás megkezdését követő néhány éven belül igen nagy arányban fertőződnek meg hepatitis C, vagy B vírussal, illetőleg válnak HIV pozitívvá.

Ezek a jelenségek egyúttal felvetik annak a kérdését, hogy elegendő-e kínálatcsökkentő intézkedésekkel, biztonsági rendelkezésekkel fellelni a kábítószeres börtönbeli bejutásával és térnyerésével szemben, avagy a fertőző betegségek potenciális terjedése bizonyos közegészségügyi megközelítések megfontolását is igényli. Ismételten hangsúlyoznám, hogy a fertőző betegségek megelőzésének talpköve a megfelelő színvonalú oktatás, felvilágosítás. A betegségek természetének, a transzmisszió lehetséges módzatainak megismerésével elejét lehetne venni ezen fertőző betegségekkel szembeni ellenérzéseknek, félelmeknek, egyúttal pedig az érintettek megbélyegzésének. Ha az egyén nem kell, hogy tartson a pozitív eredmény esetén a stigmáktól, a diszkriminációtól, könnyebben rávehető és ösztönözhető a különféle szűrővizsgálatok elvégzésére. A felvilágosítás és az önkéntességen alapuló szűrővizsgálatok szoros kapcsolata elengedhetetlenül szükséges. Ha emberi jogokra hivatkozással a büntetés-végrehajtás eltekint a kötelező tesztek alkalmazásától, úgy az oktató, felvilágosító munka jelentősége felerősödik.

Optimális esetben ezeket a szűrővizsgálatokat nemcsak a végrehajtási intézetekbe történő befogadáskor, de a szabadságelvonás tartama alatt, illetve a szabadításkor is meg lehetne ismételni. Ha az anyagi erőforrások miatt, illetőleg egyéb okokra visszavezethetően korlátozott szűrésre van lehetőség, azt mindenképpen indokolt lenne legalább a kockázati csoportok tekintetében elvégezni.

Szembetűnő, hogy amíg széleskörű nemzetközi irodalom foglalkozik a HIV/AIDS végrehajtási vonatkozásaival, addig a fertőzés szempontjából jóval veszélyesebb hepatitis C kevésbé került az érdeklődés középpontjába. Elgondolkodtató az is, hogy az országoknak csak töredéke kínálja fogvatartottai számára a hepatitis szűrés lehetőségét, és a betegség kezelése igencsak korlátozott.

Utalnék továbbá arra, hogy a szigorú drogpolitikát követő országokban a büntetés-végrehajtásoknak nemcsak jelentős börtönnépességgel kell szembenézniük, hanem a nagyarányú drogfogyasztó fogvatartott révén hepatitis, illetve HIV járványokkal is. Ez utóbbi fertőzés esetén azzal is számolni kell, hogy a tbc-fertőzés megnövekvő kockázatát hordozza magában, illetve nem ritka a HIV és a tbc együttfertőződés mellett a HIV és a hepatitis koinfekciója sem. A fertőző betegségek halmozódása tehát a végrehajtási intézetekben a kábítószer-fogyasztáshoz szorosan kapcsolódva, mint egyfajta kísérőjelenség figyelhető meg.

A növekvő méretű kábítószer-fogyasztásra válaszlépés lehet a büntetés-végrehajtás részéről szigorúbb biztonsági előírások érvényesítése, másrésről pedig a drogfogyasztással összefüggő kockázatok csökkentése érdekében bizonyos ártalomcsökkentő módszerek bevezetése, alkalmazása is. A doktori értekezés megpróbálja alátámasztani ezen ártalomcsökkentő technikák hatékonyságát, prevenciós szerepét, és egyúttal rávilágítani arra, hogy az ártalomcsökkentő filozófia nem összeegyeztethetetlen a végrehajtási környezettel. A szakirodalom áttanulmányozása alapján úgy tűnik jelenleg még többségben vannak azok az országok, melyek szembehelyezkednek az ártalomcsökkentő programok végrehajtásba történő átültetésével. Úgy vélik, csorbát szenved és sérül a korrekciós funkció, ha eltűnnek, és ezáltal szentesítenek olyan magatartásokat, melyek bűncselekménynek minősülnek. A tücsere ellenzőinek például gyakori érvei közé tartozik annak hangoztatása, hogy ezen ártalomcsökkentő kezdeményezés bevezetése a drogfogyasztás növekedését idézné elő, egyúttal veszélyeztetné az adott intézmények biztonságát is. Az ártalomcsökkentő szemlélet megerősödését példázza ugyanakkor, hogy a programmal kezdetben szembehelyezkedő, azt ellenző végrehajtási állomány, megismerve és megtapasztalva pozitív hatásait, a legtöbb esetben annak támogatójává lépett elő.

Arról sem szabad azonban megfeledkeznünk, ahogy azt a honi példa is mutatja, hogy azon országokban, ahol a kábítószerfogyasztás vagy a kábítószeres birtoklása bűncselekmény, a steril eszközök biztosítása büntetőjogi relevanciával bírhat (például a bűncselekmény elkövetéséhez kapcsolódó bűnsegédi bűnrészességgként értékelhető). Ezekben az esetekben a jogi alapok átgondolása feltétele a tücsere alkalmazhatóságának.

Úgy vélem a legkisebb ellenállás az óvszerek büntetés-végrehajtási alkalmazásával szemben érezhető és figyelhető meg, ami annak köszönhető, hogy ezen prevenciós eszköz a társadalomban is elfogadott, másrésről a fogvatartottak szexualitására az emberek többsége nem tekint olyan rosszállással, mint a sok esetben bűncselekmények számító kábítószerfogyasztásra.

Amennyiben a végrehajtási intézetek nem tudnak tartós és hatékony eredményt felmutatni a kábítószer-kínálat visszaszorítása és a fertőző betegségek megfékezése terén, úgy gondolom a jövőben már nem tekinthetnek el ezen prevenciós módszerek alkalmazásának átgondolásától. Kétségtelen tény, hogy alapvető szemléletváltásra van/volna szükség ahhoz, hogy az ártalomcsökkentő technikák, különösen a két leginkább vitatott, azaz a tűcsere és a szubsztitúciós kezelés a börtönkörnyezetben is támogatott, mindennapos gyakorlattá váljanak. Vajon el tudjuk-e fogadni, hogy a bűncselekmény elkövetője számára egy ugyancsak bűncselekménynek számító magatartáshoz, a kábítószerfogyasztáshoz, a büntetés-végrehajtás nyújt segítséget akár steril eszközök biztosításával, akár úgy, hogy az illegális szer fogyasztását egy legálisra cseréli fel. Kérdés, hogy ezek a lépések a büntetés-végrehajtás céljaival, célkitűzéseivel összeegyeztethetők-e. Másrésről, ha a drogfogyasztó fogvatartottra nem mint elítéltre, hanem mint egyénre tekintünk, a végrehajtás tudja-e számára az egyenlő egészségügyi ellátáshoz való jogot biztosítani, tudja-e ugyanazon prevenciós kezdeményezéseket elérhetővé tenni, melyek a szabad polgárok számára rendelkezésre állnak. Ha a gyakorlati tapasztalatokra hagyatkozunk, akkor el kell fogadnunk, hogy az elvonó-, és absztinencia-orientációjú kezelések nem minden drogfogyasztó számára jelentenek megoldást, és esetükben a leszoktatás csak hosszú távon képzelhető el.

Nem szabad megfélekedni arról sem, hogy sokak számára egyes ártalomcsökkentő módszerek (különösen a steril tűk, fecskendők biztosítása, tűcsere-automaták felállítása) még a szabad társadalomban sem örvendenek népszerűségnek. E tekintetben fontos annak tudatosítása, hogy a börtönökben elterjedő fertőző betegségek jelentősen elősegíthetik a vírusok transzmisszióját az általános népesség körében is. A börtön-egészségügyi problémák ezáltal közegészségügyivé válhatnak. A megelőzés érdekében ezért osztársadalmi érdekből is biztosítani kell, hogy a fogvatartottak igénybe vehessék mindazon megelőző és terápiás lehetőségeket, melyek a szabad polgárok számára rendelkezésre állnak. Ez pedig lefedi és feltételezi az ártalomcsökkentő módszerek alkalmazását is.

A rendelkezésre álló szakirodalom feldolgozása után számomra úgy tűnik, hogy ezek a kezdeményezések a prevenciós szerepükön túlmenően elősegíthetik a börtönök biztonságosabbá tételét, hozzájárulhatnak a fogvatartottak általános egészségi állapotának

javításához. Akkor lehetnek a legeredményesebbek, ha egy integrált kezelési stratégia szerves részeként kezelik azokat az adott intézmények szükségleteinek megfelelően. Ideális az lenne, ha a végrehajtás a különféle irányultságú fogvatartotti igényeknek egyaránt teret tudna adni. Így azokban az esetekben, ha a fogvatartott nem drogfogyasztó és e közegben is tartózkodni kíván a kábítószerektől, vagy kellően motivált a leszokásra, e törekvésüket a drogmentes részlegbe kerüléssel segíthetné a végrehajtás. Azok számára, akik teljesen fel kívánnak hagyni a szerhasználattal, biztosítani kellene a teljes mentességen alapuló kezeléseket. Amennyiben pedig a fogvatartott függősége miatt még nem tud megszabadulni a kábítószerektől, és a szabadságelvönást megelőzően helyettesítő kezelésben részesült, e terápia folytatása ugyancsak indokolt lehet.

A fentiek tükrében az ártalomcsökkentő módszereknek a megismerése, a hatásvizsgálatok áttanulmányozása, kiértékelése a börtön-egészségüggyel foglalkozó elméleti és gyakorlati szakemberek számára egyaránt fontos és szükséges lépés lehet. A tapasztalatokból mindazok kamatoztathatnak, akik esetleg még csak fontolgatják ezen ártalomcsökkentő kezdeményezések bevezetését.

Ha az imént kifejtettek fényében honi börtön-egészségügyünket vesszük górcső alá, és a drogfogyasztó fogvatartottak, illetve a problémás kábítószerfogyasztáshoz kapcsolódó fertőző betegségek adatait vizsgáljuk, akkor megállapítható, hogy végrehajtási intézeteinkben sem a drogfogyasztás mértéke, sem pedig a fertőzöttségi mutatók nem adnak különösebb aggodalomra okot. Ebből következően az a ténymegállapítás, hogy a kábítószerfogyasztás és a hozzá kapcsolódó fertőző betegségek jelentik az egészségügy gócpontját, hazánkban nem állja meg a helyét.

A kedvező kábítószerfogyasztási mutatók ellenére tényként kell azonban leszögezni a kábítószerek jelenlétét, amit alátámasztani látszik a kábítószer-prevenációs részlegek életre hívása is, ami a fogvatartottak oldaláról nézve a szerhasználattól való távoltartás lehetőségét kínálja. Beigazolódni látszik továbbá, hogy a teljes drogmentesség megteremtése a szigorú végrehajtási rezsimek esetén is kivitelezhetetlen.

A kábítószerhasználat a fogvatartottak között emelkedő tendenciát mutat ugyan, de nemzetközi összehasonlításban a fogyasztás gyakorisága jóval kisebb, mint például a Nyugat-Európai országokban. Az ellenőrzések során beigazolódott, hogy elviekben a kábítószerek minden fajtája elérhető a fogvatartottak számára és az intravénás drogfogyasztás, mint a problematikus kábítószer-fogyasztás alapkategóriája, ha sporadikusan is, de jelen van a

végrehajtási közegben. Ahhoz azonban, hogy pontosabb, megbízhatóbb adatokkal rendelkezünk a fogyasztás méreteiről, az abban érintett fogvatartotti arányokról, a kábítószer-helyzet feltérképezése, a rendszeres monitorozás szükségessége merül fel.

A büntetés-végrehajtás számára továbbra is fő feladat marad az illegális drogok bejutásának megakadályozása, de fel kell készülni azokra a helyzetekre is, amikor a szer a biztonsági intézkedések ellenére mégis bekerül az intézetbe. Így például gondoskodni kell azon fogvatartottak kezeléséről, akiknél fizikális és pszichés függőség jelentkezne. Ennek kapcsán mindenképpen pozitívként könyvelhető el a büntetés helyett kezelés elvének, az ún. elterelés jogintézményének megjelenése és alkalmazása a fogvatartottak tekintetében, ami a büntetőeljárás elterelésével, a vád elhalasztásával és 6 hónap tartamú kötelező drogtérápiával járhat együtt úgy a függők, mint a nem függők esetében.

A problémás kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódóan, illetőleg attól függetlenül a hepatitis, a tuberkulózis és a HIV/AIDS előfordulása börtöneinkben szintén nem számottevő. Ismételtén utalnék azonban arra a körülményre, hogy a szűrővizsgálatok tekintetében csak a tbc-nél rendelkezünk teljes lefedettséggel, a hepatitis tesztelése jelenleg külső nem kormányzati szervek támogatásának köszönhető, míg a HIV-mintavétel lehetőségével az önkéntesség és anonimitás ellenére a fogvatartottak többsége nem kíván élni.

Az országos átlaggal megegyezően a fogvatartottak körében a leggyakoribb betegségek a szív-és érrendszeri, valamint a pszichés és pszichoszomatikus megbetegedések. A halálesetek tekintetében a keringésrendszeri megbetegedések, illetve a rosszindulatú daganatos kórképek aránya emelhető ki.⁵³⁸ A börtön-egészségügy gócpontjai hazánkban ilyenformán nem a fertőző, hanem a krónikus degeneratív megbetegedések (infarktusok, agyvérzések, keringési és daganatos megbetegedések). Ugyancsak fontosnak tartom megjegyezni, hogy ezen betegségek nálunk nem képviselnek nagyobb arányt a börtönökben, mint a szabad társadalomban. Megfigyelhető ugyanakkor, hogy a fogvatartottak egészségi állapota egyrésztől rosszabb az átlaghoz képest, másrésztől ez a rossz egészségi állapot a fogvatartás alatt nem is igazán javul, illetőleg, ha megbetegednek, az jellemzően súlyosabb formában jelentkezik, mint a szabad polgárok esetén.⁵³⁹

A rendelkezésre álló adatok szerint fertőző betegség halmozódása 2005-ben mindösszesen egy esetben, 2006-ban pedig 2 intézetben és két alkalommal fordult elő. Jelenleg végrehajtási intézeteinkben mind a közegészségügyi, mint pedig a járványügyi

⁵³⁸ A Büntetés-végrehajtás Szervezeti Évkönyve 2006. 47. p.

⁵³⁹ E témához lásd: Arató László- Bátyi Zoltán: A Csillag. Börtönkönyv. Szukits Könyvkiadó, 2001. 252-253. pp.

helyzet stabilnak mondható, de – ahogy arra a Büntetés-végrehajtási Évkönyv évről évre rámutat - ezen állapot fenntartása az infrastruktúra és az elhelyezési körülmények jelentős mérvű javítása, korszerűsítése nélkül már elképzelhetetlen. Gondot jelent az intézmények túlnyomó többségére jellemző zsúfoltság, amely végrehajtási intézeteink közegészségügyi viszonyaira ugyancsak rányomja a bélyegét, ugyanakkor e tekintetben az előző évihez képest javulás következett be, a zsúfoltság mérséklődött. A lakó-és szociális egységek, a körletek és a konyhák is sok esetben rossz állapotban vannak, és többségük rekonstrukcióra szorul.⁵⁴⁰

A drogfogyasztáshoz kapcsolódó ártalomcsökkentő kezdeményezések kapcsán a nemzetközi ajánlások, különösen az Egészségügyi Világszervezet 1993-as Irányelve azt javasolja a kormányok számára, hogy ugyanazon HIV megelőző, valamint terápiás lehetőségeket alkalmazzák, és tegyék a fogvatartottak számára elérhetővé, melyek a szabad polgárok számára is hozzáférhetőek. Így a prevenció érdekében a fogvatartottak önkéntes részvételén alapuló HIV szűréseket, valamint ahhoz kapcsolódó elő-és utótanácsadásokat kellene a fogvatartottak számára biztosítani. A WHO a tücsere kapcsán azt a nézetet képviseli, hogy a programban való részvétel lehetőségét, ha az az általános népesség számára is elérhető, a végrehajtási intézetekben is meg kell teremteni. Az Egészségügyi Világszervezet a hivatkozott Irányelvben hasonlóan vélekedik a szubsztitúciós kezelésekről is, azaz ha ezen egészségügyi szolgáltatás a börtönön kívül fellelhető, akkor indokolt a végrehajtási közegben is alkalmazni, illetőleg nagy hangsúlyt kell fektetni a szabadságelvonás előtt már megkezdett kezelések folytatására a fogvatartás tartama alatt is.

A 2004-ben elfogadott Dublini Deklaráció ugyancsak azt javasolja, hogy mindazon ártalomcsökkentő és HIV-prevenációs módszerek, köztük a steril injektáló eszközök és a metadon-kezelések is, hozzáférhetőek legyenek a végrehajtási intézetekben, melyek az általános lakosság számára rendelkezésre állnak.

A WHO 1993-as Irányelvéhez és az imént hivatkozott Dublini Deklarációhoz hasonlóan nem bírnak kötelező erővel az Európa Tanács e tárgykörhöz kapcsolódó ajánlásai sem, de mindenképpen egyfajta zsinórmértékül szolgálnak, és megfontolásra sarkallnak. A Miniszteri Bizottság R. (93) 6. számú, a fertőző betegségek, különösen az AIDS ellenőrzése büntetés-végrehajtási és kriminológiai aspektusairól és a börtön-egészségüggyel kapcsolatos problémákról címet viselő ajánlása például már 1993. októberében arra ösztönözte a tagország kormányait, hogy a HIV fertőzés megakadályozása érdekében a végrehajtási intézetekben

⁵⁴⁰ A Büntetés-végrehajtási Szervezet évkönyve 2005. 42-45. p. és 88-90. p.

tegyék lehetővé az óvszerekhez való hozzájutást. A dokumentum a higiénia szabályok érvényesítése, és a fertőző betegségek elleni védelem érdekében a fertőtlenítő anyagok elérhetővé tételét szorgalmazta a fogvatartottak számára.

Hazánkban jelenleg a nemzetközi dokumentumok által támogatott ártalomcsökkentő kezdeményezések közül csak a fogvatartottak oktatása és az önkéntesség elvén működő szűrővizsgálatok kaptak helyet börtöneinkben. Így prevenciós célzattal ártalomcsökkentő intézkedésként sem óvszerekhez, sem fertőtlenítő felszereléshez nem juthatnak hozzá a fogvatartottak, ahogy nem elérhetőek számukra az injektló magatartások kiváltására irányuló szubsztitúciós kezelések, valamint a steril tűket, fecskendőket biztosító tűcsere-programok sem. A szakemberek egy része ezen intézkedések bevezetését és végrehajtásba történő átültetését a drogfogyasztás jelenlegi mértéke és a kedvező fertőzöttségi mutatók miatt nem tartja szükségesnek és indokoltnak.

A pánikkeltés és a problémák szőnyeg alá söprése helyett a megoldást valahol a kettő között kell keresnünk. Véleményem szerint azonban mindenképpen elgondolkodtató a már többször hivatkozott litván példa, amely arra hívja fel a figyelmet, hogy a legkedvezőbb mutatók ellenére is a járványok bármikor drámai gyorsasággal képesek utat találni maguknak. Azt hangoztatjuk, hogy a szűrővizsgálatok elvégzésének közegészségügyi célja a fertőzésveszély megelőzése, valamint csökkentése, ugyanakkor a HIV-nél kb. tízszer fertőzőbb hepatitis C tesztjének elvégzése pénzforrások miatt akadozik. 2005-ben jelentősen visszaesett a véradások száma is, ami pedig egyes fertőző állapotok korai felismerésének igen fontos szűrőmódszerét jelentette. A hepatitis C szűrésére már a véradó fogvatartottak esetén sem kerül sor. A tbc-t pedig a tünetek jelentkezése esetén kezelik, azaz a prevenciós célkitűzés igen korlátozottan érvényesül. Mindemellett az önkéntesség elvén igényelhető szűrővizsgálatokon a fogvatartotti részvétel igen csekély, különösen szembetűnő az évről évre jelentkező visszaesés a HIV szűrés tekintetében.

Amennyiben ez a tendencia tovább folytatódik és nem sikerül a fogvatartottak részvételre ösztönzése, úgy belátható, hogy ezen igen súlyos fertőző megbetegedések kiszűrése és a transzmisszió megakadályozása veszélybe kerül, az életminőséget javító kezelések pedig elmaradnak.

Fontos lenne a HIV pozitív fogvatartottakkal való bánásmód átgondolása, a szükségtelen szegregáció megszüntetése is, azaz a többi fogvatartott számára rendelkezésre álló művelődési és vallási lehetőségek biztosítása a fertőzött személyek esetén is.

A hatékonyabb megelőzés érdekében elengedhetetlennek látszik felvilágosító és ismeretterjesztő programok megszervezése és gyakorlati alkalmazása úgy a fogvatartottak,

mint a végrehajtási személyzet körében. Az egyes ártalomcsökkentő kezdeményezések elemzése, a különféle hatásvizsgálatok tanulmányozása és abból következtetések levonása, az esetleges adaptáció megfontolása pedig ugyancsak szükséges lépés, amely mindenképpen a végrehajtás hasznára válhat.

Irodalomjegyzék

Aerts, A. – de Haller, R.: DOTS and DOTS plus: what's in a name. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2001/5.

Aerts, A. – Hauer, B – Wanlin, M. – Veen, J.: Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2006/11.

Alijev, L.: It's time to help! Connections 2004/15.

Allwright, S. – Bradley, F. – Long, J. – Barry, J. – Thornton, L. – Parry, J.: Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: Result of a national cross sectional survey. British Medical Journal 2000/7253.

Arató László – Bátyi Zoltán: A Csillag. Börtönkönyv. Szukits Könyvkiadó, 2001.

Arnadottir, T. – Ellingsen, I.L. – Tsereteli, Z.: Assessment of communicable disease control in Lithuanian prisons. Report a fan expert mission to Lithuania carried out 17 to 21 march 2003.

Auer, C.- Kessler Bodiang, C.: Sentenced to die? Tuberculosis control in prisons with a focus on the Republics of the former Soviet Union. Swiss Tropical Institute, 2002.

Balabanova, Y. – Drobniewski, F. – Fedorin, I. – Zakharova, S. – Nikolayevskyy, V. – Atun, R. – Coker, R.: The Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS) strategy in Samara Oblast, Russian Federation. Respiratory Research 2006. 7:44. , <http://respiratory-research.com/content/7/1/44>

Balogh Attila: Kábítószer-prevenációs részlegek a büntetés-végrehajtási intézetekben. Börtönügyi Szemle 2005/1.

Banbury, S.: Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. Howard Journal 2004/43.

Betteridge, G.: Prisoners' health and human rights in the HIV/AIDS epidemic. HIV/AIDS policy & law review 2004/3.

Betteridge, G.: Prisoners' health human rights in the HIV/AIDS epidemic – background paper, Montreal, 2004.

Bobak, M. – Jarvis, M.J. – Skodova, Z. – Marmot, M.: Smoke intake among smokers is higher in lower socioeconomic groups. Tobacco Control 2000/9.

Bobrik, A. – Danishevski, K. – Eroshina, K. – Mckee, M.: Prison health in Russia: The larger picture. Journal of Public Health Policy 2005/26.

Bollini, P. – Laporte, J-D. – Harding, T. W.: HIV prevention in prisons. Do international guidelines matter? European Journal of Public Health 2002/12.

Bollini, P. (editor): HIV in prisons. A reader with particular relevance to the newly independent states, Geneva. WHO, 2001.

Bone, A.: Tuberculosis and HIV/AIDS. HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states. Geneva: WHO, 2001.

Burduzha, I.-Pintiley, L.: Prevalence of hepatitis C among injecting drug using prisoners in Moldavian prisons. Connection 2005/18.

Caplinskas, S.-Likatavicius, G.: Recent sharp rise in registered HIV infections in Lithuania. Letölthető: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2002/020627.asp>

Champion, J.K. – Taylor, A. – Hutchinson, S. – Cameron, S. – McMenamin, J. – Mitchell, A. – Goldberg, D.: Incidence of Hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: A cohort study. American Journal of Epidemiology 2004/159.

Christensen, P.B. – Krarup, H.B. – Niesters, H.G. – Norder, H. – Liu, H.W.: Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners. *European Journal of Epidemiology* 2000/11.

Christie, N.: Büntetésipar. A nyugati stílusú gulagok felé. Osiris Kiadó, Budapest, 2004.

Coker, R. – Mckee, M. – Atun, R. – Dimitrova, B. – Dodonova, E. – Kuznetsov, S. – Drobniewski, F.: Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: case-controll study. *British Medical Journal* 2006/ 332.

Coker, R.: Detention and mandatory treatment for tuberculosis patients in Russia. *The Lancet* 2001/358.

Colton, C.E.: Hepatitis C virus (HCV) and HIV co-infection in corrections: Where do we stand? *Infectious diseases in corrections report*. 2005/ 8.

Coninx, R.-Maher, D.-Reyes, H.-Grzemska, M.: Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. *British Medical Journal*, 2000/320.

Costall, P.- Brentari, C. – Chitu, A.: Drug-free treatment and other interventions with drug and alcohol users/misusers in european prisons: a snapshot. *European Network for Drugs and Infections Prevention in Prison, Cranstoun Drug Services*, 2006.

Cseh Júlia: Újra fenyeget a tuberkulózis.

Csernus Eszter: Kényszer(es) intézkedések? A HIV-szűrésre, valamint a HIV-pozitívok gondozásba vételére és gyógykezelésére vonatkozó legfrissebb fejleményekről. *Fundamentum* 2003/1.

Csernus Eszter-Sárosi Péter: A HIV és a hepatitis járvány megfékezése az injekciós droghasználók körében. *Addiktológia* 2005/4.

Csorba József: Metadon szubsztitúciós kezelés. *Hippocrates* 2001/1.

Dani Zita: A Szegedi Fegyház és Börtön kábítószer-prevenációs körlete. Börtönügyi Szemle 2005/3.

Davies, R.: Prison's second death row. Lancet 2004/364.

Demetrovics Zsolt: Droghatékák – kérdések, válaszok, félreértések. Természet Világa. CXXXIV. 2003. II. Különszám. 2003. szeptember

Demetrovics Zsolt-Honti Judit-Csorba József-Szemelyácz János: A szubsztitúciós metadon kezelés. Történeti áttekintés. Letölthető: <http://www.tiszanet.hu/~jhonti/hungarian/meta-hu.htm>

Dénes Balázs - Sárosi Péter (szerk.): Droghatékák Jelentés 2006. TASZ Droghatékák Füzetek 7.

Deville, G.J. – Sorbello, L. – Eccleston, L. – Ward, T.: Prison-based peer-education schemes. Aggression and Violent Behavior 2005/10.

Dolan, K. et al. Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries. London, 2004.

Dolan, K. -Kite, B. – Black, E. – Aceijas, C. – Stimson, G.V.: HIV in prison in low-income and middle-income countries. Lancet Infectious Disease. 2007/7.

Dolan, K.A. –Bijl, M.-White, B.: HIV education in a Siberian prison colony for drug dependent males.

Donnell, I. O.: Prison rape in context. British Journal of Criminology 2004/2.

Drobniewski, F. – Balabanova, Y. – Ruddy, M. – Fedorin, I. – Melentyev, A. – Mutovkin, E. – Kuznetsov, S.: Medical and Social Analysis of Prisoners with Tuberculosis in Russian Prison Colony: An Observational Study. Clinical Infectious Disease 2003/36.

Drobniewski, F.A. – Balabanova, Y.M. - Ruddy, M.C. – Graham, C. – Kuznetsov, S.I. – Gusarova, G.I. – Zakharova S.M. – Melentyev, A.S. – Fedorin, I.M.: Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners. European Respiratory Journal 2005/26.

Editorial: Harm reduction in prisons is crucial to the reduction of HIV in Eastern Europe and the former Soviet Union. International Journal of Drug Policy 2002/13.

Elekes Zsuzsanna – Paksi Borbála: KUTATÁSI BESZÁMOLÓ A „szabadságvesztés büntetést töltők kábítószer-fogyasztással kapcsolatos rizikócsoportjainak feltárása” című kutatásról. Büntetés-Végrehajtási Szakkönyvtár 1997/4.

Elliot, R.: Prisoner's constitutional right to steril needles and bleach. Appendix 2 of HIV/AIDS in prisons: A discussion paper. 1996.

Jager, J.-Limburg, W.-Kretzschmar, M.-Postma, M.-Wiessing, L. (eds.): Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. Luxembourg, 2004.

Farmer, P. – Yang, A.: Tuberculosis in Prisons. Deadly Breeding Ground. Soros Foundations Network News 2004/ Spring-Summer

Fehér Beáta: Beszámoló a Mobil Tücsere program munkájáról (2003. augusztus-2004. december 15.), letölthető: www.kekpont.hu/hu/upload/beszamolo.doc

Felvinczi Katalin – Nyírádi Adrienn – Portörő Péter (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről 2006. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium Kiadványsorozata, Budapest, 2006.

Fliegauf Gergely: Az európai büntetés-végrehajtási rendszerek kábítószerügyi stratégiái. Börtönügyi Szemle 2005/1.

Gerevich József-Füredi János: A tücserelés szakmai irányelvei. Letölthető: http://www.tiszanet.hu/~jhonti/hungarian/tcsere_hu.htm

Green, J. – Strang, J. – Hetherington, J. – Whiteley, C. – Heuston, J. – Maden, T.: Same-sex sexual activity of male prisoners in England and Wales. *International Journal of STD & AIDS*, 2003/4.

Gunchenko, O.: The policy of the Ukrainian Penitentiary System on HIV/AIDS in prison establishments. *HIPNEWS* 1998/1. Letölthető: www.hipp-europe.org/news/may98/0050.htm

Harris, F. – Hek, G. – Condon, L.: Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. *Health and Social Care in Community* 2006/15 (1).

Hellard, M.E. – Aitken, C.K.: HIV in prison: what are the risks and what can be done? *Sexual Health* 2004/1.

Hennebel, L. – Stöver, H.: Substitution Treatment in European Prisons (STEP): A study of policies and practices of substitution treatment in prisons in the 15 EU Member States, Czech Republic, Poland and Slovenia. *Connections* 2004/15.

Heylmann Katalin: A büntetés-végrehajtási intézetekben fogva tartottak egészségügyi helyzete. *Belügyi Szemle* 2002/2-3.

Hoff, G.: Hepatitis B vaccination campaign in prisons in the Netherlands. *Connections*. 2006. May.

Huszár László: Kábulat. Drog és börtön. Kezelési módok. *Börtönügyi Szemle* 1994/4. szám

Jacob, J. – Stöver, H.: The transfer of harm-reduction strategies in to prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *International Journal of Drug Policy* 2000/11.

Juhász Zsuzsanna: Az Európa Tanács két börtönügyi tárgyú ajánlásáról. *Börtönügyi Szemle* 2002/4. szám

Juhász Zsuzsanna: A megújult Európai Börtönszabályok ismertetése. *Acta Juridica et politica*. Tomus LXVIII. Fasc. 12., Szeged, 2006.

Juhász Zsuzsanna: Megújult az Európai Börtönszabályok. Börtönügyi Szemle 2006/3. szám

Juhász Zsuzsanna: A börtönegészségügy neuralgikus pontjai. Börtönügyi Szemle 2006/4. szám

Juhász Zsuzsanna: A börtönök kórképe külföldön, avagy kihívások a börtönegészségügy területén. In: Bűnügyi mozaik. Tanulmányok Vida Mihály 70. születésnapja tiszteletére. (szerk.: Nagy Ferenc), Szeged, 2005.

Juhász Zsuzsanna: Szubsztitúciós kezelések a börtönügy területén. Néhány gondolat az ártalomcsökkentésről. In: Ad futuram memoriam. Tanulmányok Cséka Ervin 85. születésnapjára. (szerk.: Nagy Ferenc), Szeged, 2007.

Juhász Zsuzsanna: A börtön-egészségügy aktuális kérdései külföldön és hazánkban. In: Büntetőjog és humánium. Emlékkötet Fonyó Antal halálának 25. évfordulójára. (szerk.: Nagy Ferenc), Szeged, 2007.

Juhász Zsuzsanna: Szubsztitúciós kezelések az európai börtönökben. Börtönügyi Szemle 2007/2.

Jürgens, R.: HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. Presented at the Commission on Narcotic Drugs Ministerial Segment: Ancillary Meeting on HIV/AIDS and Drug Abuse. Vienna, 2003.

Jürgens, R.: HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. Ancillary Meeting on HIV/AIDS and drug abuse. Vienna, 2003.

Jürgens, R.: Is the world finally waking up to HIV/AIDS in prisons? A report from the XV. International AIDS Conference. Infectious diseases in corrections report. 2004/7.

Jürgens, J. –Bils, M.: HIV prevention in penal institutions. In: HIV in prisons: A reader with particular relevance to the newly independent states. Geneva: WHO. 2001.

Jürgens, R.: HIV/AIDS in prisons: Final report. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network – Canadian AIDS Society, 1996.

Jürgens, R.: HIV/AIDS in prisons: Final report. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network – Canadian AIDS Society, 1996. 107. p., letölthető: www.aidslaw.ca/maincontent/issues/prisons/

Karsai Krisztina: Börtön és drog. Új megoldások. Lehetséges alternatívák. Börtönügyi Szemle 2000/3. szám

Kastelic, A.: Substitution treatment in prisons. In.: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007.

Kaszt János – Módos Tamás: Előny a megelőzésnek. Több szakterület együttműködése a drog ellen. Börtönügyi Szemle 1996/2.

Kerr, T.-Jürgens, R.: Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence. 2004.

Kerr, T.-Jürgens, R.: Syringe exchange programs in prisons: reviewing the evidence. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2004.

Klein, A. – Roberts, M. – Trace, M.: Drug policy and the HIV Pandemic in Russia and Ukraine. The Beckley Foundation Drug Policy Programme. A Drugscope briefing paper 2004/2.

Kondro, W.: Report supports cost-effective prison tattoo program. Canadian Medical Association Journal. February 13, 2007.

Krauss, C.: A Prison Makes the Illicit and Dangerous Legal and Safe. New York Times November 24., 2005.

Lafontaine, D. – Slavuski, A. – Vazhnina, N. – Sheyanenko, O.: Treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Russian prisons. *Lancet* 2004/363.

Lally, M. – Gaitanis, M. – Vallabhaneni, s. – Reinert, S. – Mayer, K. – Zimet, G. – Rich, J.: Willingness to receive an HIV vaccine among incarcerated persons. *Preventive Medicine* 2006/43.

Lambregts, K. – Reichman, L.: In reply. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*.2001/5.

Laticevschi, D.: Communicable diseases. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007.

Lencsés Károly: Tücsereprogram elítélteknek? *Népszabadság* 2005. július 11.

Lesniak, K.: Methadone maintance treatment in Polish prison. Central and Eastern European Conference on Drug & Infections Services in Prison. Popowo, 18-20 September 2003. Conference report.

Lines, R.: Action on HIV/AIDS in prisons: Too little, too late – a report card. Montreal, 2002.
és *Dolan, K.:* The epidemiology of hepatitis C infection in prison populations. National Drug and Alcohol Research Centre, 1999.

Lines, R.: HIV infection and human rights in prisons. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007.

Lines, R.-Jürgens,R.-Betteridge,G-Stöver,H.-Laticevschi,D.-Nelles,J.: second edition (prison needle exchange: 2006 update to first edition)

Lines, R.-Jürgens,R.-Betteridge,G-Stöver,H.-Laticevschi,D.-Nelles,J.: Prison needle exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004.

Lobacheva, T. – Asikainen, T. – Giesecke, J.: Risk factors for developing tuberculosis in remand prisons in St. Petersburg, Russia-a case-control study. *European Journal of Epidemiology* 2007/22.

Long, J. – Allwright, S. – Barry, J. – Reynolds, S. R. – Thornton, L. – Bradley, F.: Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: A national cross sectional survey. *British Medical Journal* 2001/7323.

Long, J. – Allwright, S. – Begley, C.: Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy* 2004/15.

Lurie, P. – Gorsky, R. – Jones, Ts –Shomphe, L.: An economic analysis of needle exchange and pharmacy-based programs to increase sterile syringe availability for injection drug users. 1988.

Macalino, G.E. – Hou, J.C. – Kumar, M .S. – Taylor, L .E. – Sumantera, I.G. – Rich, J.D.: Hepatitis C infection and incarcerated populations. *International Journal of Drug Policy* 2004/15.

Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for Hungary, London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from central and eastern Europe. London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for Czech Republic, London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for Slovenia, London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for Slovakia, London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for Bulgaria, London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for Estonia, London, Cranstoun Drug Services, 2004.

Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. Country report for Latvia. Cranstoun Drug Services, London, 2004.

Macdonald, M.: A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe, Helsinki, 2004.

MacDonald, M.: A study of the health care provision, existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from Central and Eastern Europe. HEUNI Paper No. 23. , Helsinki, 2005.

MacDonald, M.: People with problematic drug use and HIV/AIDS in European prisons: An issue of patient confidentiality. International Journal of Prisoner Health 2006/3.

Maher, D. – Grzemska, M. – Coninx, R. – Reyes, H.: Guidelines for the control of tuberculosis in prisons. WHO/TB/98.250, Geneva, World Health Organization, 1998.

Malliori, M. – Sypsa, V. – Psychogiou, M. – Touloumi, G. – Skoutelis, A. – Tassopoulos, N.: A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. Addiction 1998/2.

Mar, L.: Closing prison tattoo parlours can only cause infectious diseases to spread beyond jails. Totonto Star December 1. 2006., Prison program provides low-cost tattoos. CBC News November 10. 2005.

letölthető: www.prisonjustice.ca/starkravenarticles/safetattooing_1105.html

Máriáss Márta: Hepatitis C. letölthető: <http://www.hazipatika.com>

Melis, M.: As prison needle exchange programmes are scaled up, Luxembourg joins in. Connections. 2006. May

Mendelevich, V: Drug addiction treatment in Russia: no substitution therapy. HIV/AIDS Policy & Law Review 2006/2-3.

Merkinaitė, S.: Hepatitis C in Central and Eastern Europe: Few good news and need for action. Connections 2006 May

Michels, I.I. –Stöver, H.- Gerlach, R.: Substitution treatment for opioid addicts in Germany. Harm Reduction Journal 2007/4-5., www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5.

Miller, N.: Needle exchange scheme, Lothian and Borders Police. News release. 2005. január 14., letölthető: www.lbp.police.uk/press_release/articles/2005%5CJanuary%5C14%5C2.htm

Montella, M. – Crispo, A. – Grimaldi, M. – Angeletti, C. – Amore, A. – Ronga, D. – Sabbatici, M. – Pisani, A. – Spiteri, D. – Serraino, D.: Prevalence of Hepatitis C virus Infection in different population groups in southern Italy. Infection 2005/33.

Nagy Ferenc - Juhász Zsuzsanna: Egészségügy a börtönben. Gondolatok az Európa Tanács R(98) 7. ajánlása kapcsán. Börtönügyi Szemle 2002/1. szám

Narkauskaite, L. – Juozulynas, A. – Mackiewicz, Z. – Surkiene, G. – Prapiestis, J.: The prevalence of psychotropic substance use and its influencing factors in lithuanian penitentiaries. Medical Science Monitor. 2007/3.

Nelles, J. – Fuhrer, A. – Hirsbrunner, HP. – Harding, TW.: Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal* 1998/317.

Niveau, G.: Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: A review. *Public Health* 2006/120.

Paget, D. Z.: Needle distribution in the Swiss prison setting: A breakthrough? *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter* 1999/2/3.

Pallas, J. R. – Farinas-Álvarez, C. – Prieto, D. – Delgado-Rodriguez, M.: Coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C in imprisoned injecting drug users. *European Journal of Epidemiology* 1999/15.

Palmer, J.: Special health requirements for female prisoners. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health.* WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007.

Péter Sárosi: Recent developments in Hungarian legislation. *Connection* 2005/5.

Pontali, E.: Antiretroviral Treatment in Correctional Facilities. *HIV Clinical Trials* 2005/6/1.

Rácz József: Ártalomcsökkentő drogpolitika. *Magyar Tudomány* 2005/8.

Reyes, H. – Coninx, R.: Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. *British Medical Journal* 1997/7120.

Roshchupkin, G.: HIV/AIDS prevention in prisons in Russia. In.: (Lokshina T., ed.) *Situation of prisoners in contemporary Russia.* Moscow, Moscow Helsinki Group, 2003., letölthető: <http://www.mhg.ru/english/1F4F76C>

Rotily, M. – Delorme, C.- Obadia, Y. –Escaffre, N. – Galinier-Pujol, A.: Survey of French prison found that injecting drug use and tattooing occurred. *British Medical Journal* 1998/ 316.

Rotily, M. – Weilandt, C. – Bird, S.M. – Kall, K. – Van Haastrecht, H.J.A. – Landolo, E. – Rousseau, S.: Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. *European Journal of Public Health* 2001/3.

Rudalski, W.: Methadone behind bars – the implementation of the first methadone programme in Warsaw penitentiary institutions. 2004/15.

Rutter, S. – Dolan, K. – Wodak, A. – Heilpern, H.: Prison-based syringe exchange programs. A review of international research and program development. (Technical Report No. 112), 2001.

Samoilov, D.: Double discrimination: drug users living with HIV/AIDS. HIV/AIDS policy & Law review 2004/3.

Sarapuu, M.: Drug prevention and problems in the estonian prison system. *Connections* 2004/15.

Sárosi Péter: A büntetés-végrehajtási intézményekben végzett ártalomcsökkentés nemzetközi gyakorlata. *Addiktológia* 2004/3.

Sárosi Péter: A biztonság illúziója. *Népszabadság Online* 2007. szeptember 10.

Sárosi Péter: Kérdések és válaszok a tücsere-programmal kapcsolatban. Letölthető: <http://www.kendermag.hu/index.php?oldal=arhiv&azon=109>

Sárosi Péter: Vita a buprenorfin körül Franciaországban. *Drogriporter* 2006. 07. 12., letölthető: <http://www.drugreporter.net/index.php?lyt=articles-print&op=articles-print&catalog>

Sárosi, P.: Recent developments in Hungarian legislation. *Connection* 2005. May

Schuller János: A fertőző májgyulladás. *Börtönügyi Szemle* 2002/4.

Schuller János: Az alkohol okozta májbetegségekről. *Börtönügyi Szemle* 2003/2.

Schwartzapfel, B.-Rich, D.J.: Hepatitis B in corrections. Infectious diseases in corrections report. 2004/7.

Shin, S.S. –Pasechnikov, A.D. – Gelmanova, I.Y. – Peremitin, G.G. – Strelis, A.K.- Andreev, Y.G. – Golubchikova, V.T. – Tonkel, T.P. – Yanova, G.V. – Nikiforov, M – Yedilbayev, A. – Mukherjee, J.S. – Furin, J.J. – Barry, D.J. – Farmer, P.E. – Rich, M.L. – Keshavjee, S.: Treatment outcomes in an integrated civilian and prison MDR-TB treatment program in Russia. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2006/10.

Sieminska, A. – Jassem, E. – Konopa, K.: Prisoners' attitudes towards cigarette smoking and smoking cessation: a questionnaire study in Poland. BMC Public Health 2006 /6.

Simon, R.- Hock, E. – Hüllinghorst, R. – Nöcker, G.- David-Spickermann, M.: Report on the Drug Situation in Germany 2001. German Reference Centre for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001.

Slavuckij, A. – Sizaire, V. – Lobera, L. – Matthys, F. – Kimerling, M. E.: Decentralization of the DOTS programme within a Russian penitentiary system. How to ensure the continuity of tuberculosis treatment in pre-trial detention centres. European Journal of Public Health. 2002/12.

Stark, K.-Herrmann, U. – Ehrhardt, S. – Bienzle, U.: A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. Epidemiology and Infection. 2005. december 22.

Stern V. ed.: Sentenced to die? The problems of TB in prisons in Eastern Europe and Central Asia. London: International Centre for Prison Studies, 1999.

Stern, V.: Prison reform and public health. The case of tuberculosis in the former Soviet Union. European Journal of Public Health. 2000/10.

Stewart, E. C.: The sexual health and behaviour of male prisoners: The need for research. The Howard Journal, 2007/1.

Stöver, H –Lines, R.: Silence still =death: 25 years of HIV/AIDS in prisons. In: Matic, S. – Lazarus, J. – Donoghoe, M. (szerk.): HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management. Geneva: WHO 2005.

Stöver, H. – Weilandt, C.: Drug use and drug services in prisons. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007.

Stöver, H. –Nelles, J.: Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. International Journal of Drug Policy 14. (2003)

Stöver, H.: Drug and HIV/AIDS services in european prisons. Band 8 der Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug.“ Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg 2002.

Stöver, H.: Drug Substitution Treatment and Needle Exchange Programs in German and European Prisons. Journal on Drug Issues 2002/2.

Stöver, H.-Hennebel, C.L.-Casselmann, J.: Substitution treatment in european prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries. London, Cranstoun Drug Services Publishing 2004.

Strang, J. –Heuston, J. – Whiteley, C. – Bacchus, L. – Maden, T. – Gossop, M. – Green, J.: Is prison tattooing a risk behaviour for HIV and other viruses? Results from a national survey of prisoners in England and Wales. Criminal Behaviour and Mental Health 2004/ 1.

Struckman-Johnson, C. – Struckman-Johnson, D.: A comparison of sexual coercion experiences reported by men and women in prison. Journal of Interpersonal Violence 2006/12.

Takács István Gábor: Konsumraum Nidda 49 – az ártalomcsökkentés frankfurti példája II. Addiktológiai Fórum, 2005/4.

Taylor et al.: Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. British Medical Journal 1995. February

Taylor, A. – Goldberg, D.: Outbreak of HIV in a Scottish Prison: Why Did It Happen? Canadian HIV/AIDS Policy&Law Newsletter 1996/3.

Tekkel, M. – Rahu, M. – Lioit H-M., - Baburin, A.: Risk factors for pulmonary tuberculosis in Estonia. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2002/6.

Thomas, G.: Harm reduction policies and programs for persons involved in the criminal justice system. In: Harm Reduction for special populations in Canada. Ottawa, 2005.

Tods, S.: Substitution treatments in the belgian prison system. Central and Eastern European Conference on Drug & Infections Services in Prison. Popowo, 18-20 September 2003. Conference report.

Tomasevski, K.: Prison health. International standars and national practices in Europe. European Institute for Crime Prevention and Control affiliated with the United Nations, Publication Series No. 21., Helsinki 1992.

Toungoussova, O.S. – Bjune, G. – Caugant, D. A.: Epidemic of tuberculosis in the former Soviet Union: Social and biological reasons. Tuberculosis 2006/86.

Új Európai Börtönszabályok és magyarázatuk (összeállította: Vókó György), Budapest, 2007.

Vadász Imre: Hazai és európai tüdőgyógyászati kongresszus Budapesten. Lege Artis Medicinae 2000/10.

Varghese, B. – Peterman, T.A.: Cost-Effectiveness of HIV Counselling and Testing in US Prisons. The New York Academy of Medicine 2001/2.

Veen, J.: Tuberculosis control in prisons. In: Moller, L. – Stöver, H. – Jürgens, R. – Gatherer, A. – Nikogosian, H. (szerk.): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007.

Veen, J.: Tuberculosis, HIV and harm reduction in prisons in countries of the Former Soviet Union. Connections. The newsletter of the european network on drugs and infections prevention in prison 2005/5.

Vókó György: Európai büntetés-végrehajtási jog. Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 2006.

Walmsley, R.: Further developments in the prison systems of Central and Eastern Europe. Achievements, problems and objectives. Helsinki, 2003.

Walmsley, R.: Prison health care in the Czech Republic, Hungary and Poland. HEUNI Papers No. 16. Helsinki, 2001.

Weilandt, C.-Eckert, J.-Huisman, A.: Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU, Bonn, 2005.

Wolfe, D.: Pointing the way: Harm reduction in Kyrgyz Republic. New York, 2005.

Yakoub, S.: Caring for drug dependent individuals in prison: The French approach in the framework of the Specialised Centre for care of Problematic Drug Users at the St. Anne Hospital Centre. Connections. 2004/15.

Yurieva, M. – Sazhin, V.: TB prevalence in prison system. Zdravooohranenie Severo-Zapada 2002/1.

Zipperer, M.: Tackling Tuberculosis in Latvia. PloS Medicine 2005/2.

Linkek és egyéb felhasznált dokumentumok

www.cpt.coe.int/documents

www.coe.int

www.bvop.hu

A Büntetés-végrehajtási Szervezet évkönyve 2005.

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer- probléma Európában. Luxemburg 2005.

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Kommentár

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2006. évi jelentése: A kábítószer- probléma Európában, Luxemburg 2006.

A Kínzás Megelőzésére Létrejött Európai Bizottság 1999. december 6. és 15. között Magyarországon tett látogatásáról készült jelentése

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium módszertani levele a Metadon kezelés szakmai irányelveiről. Letölthető: <http://www.mpt.iif.hu/pages/4/page22.html> (2006. 09. 04.)

AIDS Epidemic Update 2004. – <http://www.unaids.org>

Az EU Parlament 2004. december 13-án elfogadott határozata

Az Európai Közösségek Bizottságának közleménye a Tanácsnak és az Európai Parlamentnek az Európai Unióban és a szomszédos országokban a HIV/AIDS ellen folytatott küzdelemről (2006-2009)

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV transmission in prison, 3. info sheet. In.: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. 2006.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV transmission in prison. In.: HIV/AIDS in prisons 2004/2005.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: The facts. In.: HIV/AIDS in prisons 2004/2005., letölthető: <http://www.aidslaw.ca>

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: The facts. 2006. Letölthető: <http://www.aidslaw.ca>

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Needle and syringe programs. 2006.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. Opioid substitution treatment. 2006.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) Outcomes of the symposium on HIV testing and Human rights. Montreal, 2005. október 24-25. Briefing paper.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) Prevention: Bleach. HIV/AIDS in prisons 2004/2005.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) Prevention: Condoms. HIV/AIDS in prisons 2004/2005.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network) Prevention: Sterile Needles. HIV/AIDS in prisons. 2004/2005.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network): Condoms and prevention of sexual abuse. 4. Info Sheet. In: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union.,2006.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network): High-risk behaviours behind bars. 2. Info Sheet In: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. 2006.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network): HIV/AIDS and hepatitis C in prisons: the facts. 1. Info Sheet In: HIV/AIDS in prisons in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. 2006.

(Canadian HIV/AIDS Legal Network): Prisoners' health & human rights in the HIV/AIDS epidemic. DRAFT background paper for HUMAN RIGHTS AT THE MARGINS: HIV/AIDS, prisoners, drug users, and the law. A satellite of the XV. International AIDS Conference, Friday, 9 July 2004. 10. p.

Célpontban a kábítószer. A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának tájékoztató kiadványa. 2004/14., <https://www.emcdda.eu.int>

Corectional Service Canada: Guidelines 821-2. Bleach distribution.,2004. 11. 04.

(Council of Europe) 11th General report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000. Strasbourg, 2001. (CPT/Inf (2001) 16.)

(Council of Europe) CPT/Inf (93)12. és The CPT standards. „Substantive” sections of the CPT's General Reports. CPT/Inf/E (2002) 1-Rev. 2006

(Council of Europe): The CPT standards. „substantive” sections of the CPT's General Reports. CPT/Inf/E (2002)1-Rev. 2006.

Courting Rights: Case studies in litigating the human rights of people living with HIV. UNAIDS best practice collection.

Csóti András bv. dandártábornok 2001. április 03-án kelt körlevele a metadon kezelés létjogosultságáról a fogvatartottak körében

Declaration on Prison Health as part of Public Health – adopted in Moscow on 24 October 2003.

(Drug Policy Alliance): About Methadone and Buprenorphine. Revised second edition., 2006.

Dublin Declaration on HIV/AIDS in prisons in Europe and Central Asia. Prison Health is Public Health, Dublin 2004.

EMCDDA annual report 2005: selected issues. Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU., <http://issues05.emcdda.eu.int>

(European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison) „Unlocking potential: making prisons safe for everyone” Report of the 8th European Conference of drug and HIV/AIDS services in prison. Budapest, 2005.

EMCDDA: Hepatitis C: A hidden epidemic. Drugs in focus. 2003/11., <http://www.emcdda.eu.int>

ENDIPP News: Prisoners will get drug-taking kits.

European Guidelines on HIV/AIDS and Hepatitis in prison (Milano, 1999.)

Fighting tuberculosis in prison conditions. Guidance document 1. Improving prison healthcare in Eastern Europe and Central Asia. 2004.

Heylmann Katalin bv. ezredes, egészségügyi osztályvezető előadása 2007. május 17-én a Magyar Börtönügyi Társaság 2007. évi közgyűlésén és szakmai fórumán

(HIPP 2001): European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison, European Guidelines on HIV/AIDS and Hepatitis in prison (Milano, 1999.)

Hírek az EU lisszaboni Kábítószerügyi Központjából. No 11/2005. és A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának 2005. évi jelentése: A kábítószer-probléma Európában. Luxemburg 2005.

(Human Rights Watch) Lessons not learned: human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation. 2004/5. (D)

Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről 2005. A kábítószerügyi koordinációban résztvevő minisztériumok és országos hatáskörű szervezetek beszámolóí alapján. Budapest, 2005.

(King's College London – International Centre for Prison Studies): Dealing with Prisons overcrowding. 2004. Guidance Note 4.

(Medecins Sans Frontieres) Health Promotion Program in the Russian Prison System: Prisoner Survey 2000.

(Medecins Sans Frontieres) Tuberculosis in russian prisons: Dying for reform. In.: (*Lokshina, T.*, ed.) Situation of prisoners in contemporary Russia. Moscow, Moscow Helsinki Group, 2003., letölthető: <http://www.mrg.ru/english/1F11E20>

(Nemzeti Drog Fókuszpont): 2005-ös ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára. „Magyarország.” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról.

(Nemzeti Drog Fókuszpont): 2006-os ÉVES JELENTÉS az EMCDDA számára. „MAGYARORSZÁG.” Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról.

(Ontario Medical Association): Improving Our Health: Why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs in prisons? Ontario, 2004.

(Penal Reform International): Making standards work - an international handbook on good prison practice. Penal Reform International. London, 2001.

Prisoners' health & human rights in the HIV/AIDS epidemic. DRAFT background paper for human rights at the margins: HIV/AIDS, prisoners, drug users and the law. A satellite of the XV. International AIDS Conference, 2004. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004.

(Scottish Prison Service) Partnership and co-ordination. SPS action on drugs. Revised guidance on the management of drug misuse in Scotland's prisons. 2000.

Situation with HIV in Estonian prison system 26.06.03., www.baltichealth.org

(Soros org.): Harm reduction Developments 2005, Countries with injection-driven HIV epidemics. 2006.

UNAIDS/WHO framework document http://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf. és <http://infection.thelancet.com> Vol 7. January 2007.

(UNAIDS and WHO): UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing, 2004, Geneva, letölthető: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en/index.html>

(UNAIDS) Prisons and AIDS: UNAIDS point of view, 1997.

(United Nations Office on Drugs and Crime) HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings. A Framework for an Effective National Response. Co-published with WHO/UNAIDS, New York, 2006.

World Health Organization (1993). WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. WHO/GPA/DIR/93.3.

(WHO) Status Paper on Prisons and Tuberculosis, Copenhagen, 2007.

(WHO) Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, 2005.

(WHO) The STOP TB STRATEGY. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals, Geneva, 2006. WHO/HTM/STB/2006.37.

(WHO): Alcohol in prisons. Report of a workshop held by WHO Health in Prisons Project (HIPPP). (Bridging the Gap Conference, Helsinki, 20-22. November 2006.), Denmark, 2007.

(WHO, UNAIDS, UNFPA): Position statement on condoms and HIV prevention. 2004. Geneva

(WHO, UNODC, UNAIDS): Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Provision of condom and other measures to decrease sexual transmission, Geneva, 2007.

(World Health Organization) Report of a WHO consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium. Global surveillance and control of hepatitis C. Journal of Viral Hepatitis 1999/6.

(World Health Organization) Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers. WHO/CDS/TB/2000.281, Geneva, 2000.

(World Health Organization): Advocacy Guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. 2004.,

(World Health Organization): Antituberculosis drug resistance in the world. Third Global Report, Geneva 2004.

(World Health Organization): DOTS-PLUS & the Green Light Committee, 2000., WHO/CDS/TB/2000.283.

2004 National Report to the EMCDDA: Drugs in Finland. New developments, trends and in-depth information on selected issues.

2004 National Report to the EMCDDA: Estonia. New developments, trends and in-depth information on selected issues

2004 National Report to the EMCDDA: United Kingdom. New developments, trends and in-depth information on selected issues.